ROK X. WARSZAWA, 1937. Nr 2.

CZASOPISMO SĄDOWO-LEKARSKIE

POŚWIĘCONE

MEDYCYNIE, PSYCHIATRII SĄDOWEJ i KRYMINOLOGII

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE, DE PSYCHIATRIE LÉGALE ET DE CRIMINOLOGIE.

1937. FASC. N. 2

WYCHODZI CZTERY RAZY W ROKU

PRENUMERATA WYNOSI 12 ZŁ. ROCZNIE.

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI: WARSZAWA, UL. OCZKI 1, ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ. Tel. 8 91-64.
KONTO P. K. O. 5.255.

SPIS RZECZY:

SOMMAIRE:

Drukarnia „SIŁA", Warszawa, Marszałkowska 71, tel. 8-34-48.

WITOŁD DŻUŁYŃSKI (Lwów).

ZGORZEL SAMOISTNA (t. zw. CHOROBA BUERGERA) w ORZECZNICTWIE WYPADKOWYM.

W niektórych przypadkach zgorzeli kończyn występujących dość często u osobników młodych, mimo szczegółowych badań pomocniczych, zdawały się być nieuchwytne przyczyny powodujące tak ciężkie następstwa. Zwrócił uwagę na to poraz pierwszy Friedländer, wyodrębnił jako osobną jednostkę chorobową Winiwarter w r. 1879, nadając jej miano „endarteriitis obliterans", natomiast w literaturze przyjęła się dość powszechnie — choć niesłusznie — nazwa „choroba Buergera".

Mimo licznych prac dotyczących tego niezwykłego schorzenia, mimo szczegółowych badań tak klinicznych jak i anatomopatologicznych, patogeneza tej jednostki chorobowej zdaje się być jeszcze nienależycie wyświetloną.

Friedländer i Winiwarter przyjmują jako przyczynę schorzenia czynny proces wytwórczy błony wewnętrznej naczyń doprowadzający do zwężenia względnie zamknięcia ich światła, przy czym inne warstwy ściany naczynia nie muszą wykazywać zmian chorobowych. Z tym zapatrywaniem zgadzają się Stapf, Gruber i inni. Buerger uzasadnia, że schorzenie to rozpoczyna się wskutek procesów zapalnych wszystkich warstw ściany naczyń (z równoczesnym wytworzeniem się zakrzepu), wywołanych przez drobnoustroje, względnie ich toksyny; sam jednakże zarazków nie wykazał.

Nieprjachin i Rolando zwrócili uwagę na wrodzoną wąskość naczyń, zatem na pewien niedorozwój ogólny lub odcinkowy układu tętniczego, spotykany u osobników dotkniętych tym schorzeniem, co potwierdziły do pewnego stopnia badania wykonane przez Lericha przy pomocy arteriografii. To spostrzeżenie naprowadziło tych autorów na przypuszczenie, że wrodzona wada konstytucyjna narządu krążenia jest czynnikiem usposabiającym do powstawania zgorzeli samoistnej.

Niektórzy autorowie podnoszą wpływ warunków geograficznych na zgorzel samoistną (chorobę tą spotyka się przede wszystkim w Z. S. R. R., Polsce, na Litwie, Łotwie, w Niemczech i Turcji) a zdaniem Oppla ujemnie oddziaływać mają okolice błotniste.

Higier przypisuje czynnikowi konstytucjonalnemu i rasowemu szczególne znaczenie w patogenezie zgorzeli samoistnej natomiast za pomocnicze momenty zzewnątrz pochodzące uważa wczesny nikotynizm, częste ziębnięcie nóg i przewlekły alkoholizm. Wielu autorów przypo-

mina szkodliwe działanie nikotyny i alkoholu na narząd krążenia i wysuwa te czynniki jako ważne w etiologii zgorzeli. Silbert i Barker nawet twierdzą, że zgorzel samoistna występuje wyłącznie u palaczy nałogowych, czemu znów przeczy między innymi Brown. Stapf zauważył w swych przypadkach wzmożenie się nałogu tytoniowego równolegle z postępem objawów chorobowych. Również Röpke skłania się ku nikotynie natomiast wyklucza alkohol.

Buerger, Allen, Weber i Röpke wysuwają czynnik rasowy przyjmując, że schorzenie to spotyka się niemal wyłącznie w rasie semickiej a przeciwnikami tego twierdzenia jest wielu autorów przede wszystkim niemieckich. Częste występowanie tego schorzenia u aryjczyków stwierdzili Stapf, Jäger, Rieder i Oppel a Bier w szczególności u tych, którzy brali czynny udział w wojnie światowej. Powstawanie zgorzeli samoistnej u tych osobników uzasadnia się trudami wojennymi (wielokrotne działanie zimna i wilgoci, wyczerpania fizyczne i psychiczne). Bier przyznawał w wielu przypadkach renty inwalidzkie byłym żołnierzom liniowym nawet wówczas, gdy wyraźniejsze objawy chorobowe wystąpiły i w 10 lat po wojnie. Z wpływem zimna i wilgoci na tego rodzaju schorzenie zgadzają się między innymi Erb, Röpke, Schum, Aminjew i Borhard natomiast Higier, Stapf, Jägier, Bauer, Krampf i Gruber przypisują działaniu niskiej temperatury drugorzędne znaczenie patogenetyczne.

Jäger przeprowadza podobieństwo zachodzące pomiędzy zgorzelą a reumatyzmem i zapaleniem guzkowym okołonaczyniowym (periarteriitis nodosa), przyjmując — podobnie jak Klinge dla reumatyzmu a Gruber dla zapalenia guzkowego okołonaczyniowego — przy zgorzeli samoistnej specjalne nastawienie ustroju na pewnego rodzaju czynniki szkodliwe; spotykane zmiany anatomiczne odnosi — podobnie jak Ceelen, — do schorzenia całego systemu naczyniowego. Wiesel, Starck i Eppstein, dopatrują się osłabienia narządu krążenia usposabiającego do wytworzenia się z czasem zgorzeli samoistnej w przebytych chorobach zakaźnych jak dyfteria, tyfus, influenza, Hage w kile wrodzonej, inni autorowie w zatruciach: Strauss arsenem, Kaunitz sporyszem, Röpke ołowiem.

Mołotkow, Boyer i Thibault łączą zmiany chorobowe naczyń przy zgorzeli samoistnej ze schorzeniem nerwów obwodowych, czemu przeczy Oppel opierając się na spostrzeżeniu cofania się zmian zapalnych w nerwach obwodowych po usunięciu nadnerczy. Nie brak również zapatrywań (Sternberg), że przy tej chorobie spastyczne zaburzenia nerwowe odgrywają niepoślednią rolę w wytwarzaniu się zakrzepów i zgorzeli, podobnie jak to się zdarza w chorobie Raynauda

za czym miałoby przemawiać spotykane zgrubienie błony wewnętrznej naczyń, natomiast tworzenie się zakrzepów należałoby uważać jako zaburzenie wtórne.

Glebowicz przypisuje powstawanie zgorzeli samoistnej zaburzeniom równowagi kwasowo-zasadowej ustroju, przy czym przesunięcie się stężenia jonów H' krwi w kierunku zasadowym ma być bezpośrednią przyczyną zgorzeli.

Zoege v. Manteuffel i Weiss odnoszą przyczynę zamknięcia się światła naczynia przy zgorzeli samoistnej do przedwcześnie występujących zmian starczych (gangraena angiosclerotica). Ceelen przyznaje, że niektóre ogniska wytwórcze w pewnych okresach rozwoju wykazują zmiany anatomiczne, przypominające procesy sklerotyczne, w zasadzie jednak są one bardziej podobne do zmian anatomicznych, jakie spotykamy przy brodawkowym zapaleniu wsierdzia i z tej przyczyny proponuje nazwę „endarteriitis verrucosa" jako odpowiedniejszej dla zgorzeli samoistnej.

Jegorow i Osborne dopatrują się przyczyn zgorzeli samoistnej w schorzeniu tarczycy, a Bastai i Dogliotti w gruczołach przytarczowych; ci ostatni uzyskiwali dobre wyniki lecznicze po usunięciu gruczołów przytarczowych. Wielu autorów przypisuje zaburzeniom hormonalnym dominujące znaczenie w powstawaniu zgorzeli samoistnej; na poparcie swych przypuszczeń podkreślają występowanie tego schorzenia niemal wyłącznie u mężczyzn, co miałoby mieć związek z męskim hormonem płciowym (w/g statystyki Buergera na 500 mężczyzn 3 kobiety). Oppel przyjmuje dla zgorzeli samoistnej skojarzone patologiczne działanie nadnerczy z hormonem męskim, dla choroby Raynauda podobne działanie z hormonem żeńskim.

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na wpływ nadczynności nadnerczy na zgorzel samoistną. Teorię tę wysunął po raz pierwszy Oppel w r. 1911, poparli ją Lerich, Maggi i Mazzochi, a zwalcza Stradin, Rieder i Röpke. Oppel uzasadnia, że nadmierne wydzielanie adrenaliny powoduje spastyczne napięcie naczyń, co prowadzi z czasem do sklerozy błony zewnętrznej naczyń, zmian degeneratywnych w mięśniówce i bujania błony wewnętrznej, a w końcu do skrzepu w świetle naczyń. Z polskich autorów gorliwym zwolennikiem teorii nadczynności układu współczulno-nadnerczowego jest Bross, który we wszystkich swoich przypadkach wykazał wyższy poziom adrenaliny we krwi chorych; w wyciętych w celach leczniczych nadnerczach nie zauważył jednak żadnych wyraźniejszych zmian anatomicznych poza przerostem substancji rdzennej w 4 przypadkach. Autor ten przypisuje wielkie znaczenie w wytwarzaniu się hyperadrenalinemii nadmiernemu wchłanianiu histaminy z przewodu

pokarmowego, wykazującego odchylenia w procesie trawienia (nawykowe zaparcia). Bross uważa zgorzel samoistną jako stan końcowy zaburzeń wewnątrzwydzielniczych nadnerczy u osób szczególnie skłonnych, zatem wykazujących pewien niedorozwój ogólny lub odcinkowy narządu krążenia, przy czym czynniki szkodliwe termiczne, chemiczne i toksyczne mogą mieć wielkie znaczenie w patogenezie tego schorzenia.

Tak wielka rozbieżność w tłumaczeniu powstawania zgorzeli samoistnej przemawia za tym, że patogeneza tego schorzenia nie jest jeszcze należycie wyświetlona, a trudności w szczegółowym zbadaniu istoty schorzenia szukać należy między innymi przede wszystkim w tym, iż cierpienie to rozpoznawane jest zazwyczaj w bardzo późnym okresie rozwoju, t. j. wówczas, gdy uwidocznią się wyraźne objawy niedomogi krążenia obwodowego; nie rzadko dopiero postępująca zgorzel naprowadza na trafne rozpoznanie. Są to już jednak okresy niejako końcowe, gdy początków należałoby szukać co najmniej wiele lat wcześniej przed pojawieniem się zgorzeli, zdaniem Brossa już w dzieciństwie. Zapatrywanie to zdaje się być słuszne chociażby z tego powodu, że w wielu przypadkach zgorzeli samoistnej udało się w wywiadach tych chorych wykazać zbytnią wrażliwość ich ustroju w szczególności na zimno już w wieku dziecięcym (Stapf).

Z obrazu anatomicznego trudno jest również ustalić przyczynę powstawania zgorzeli samoistnej. Badania anatomo-patologiczne oparte są przede wszystkim na odcinkach naczyń kończyn amputowanych, zatem na materiale pobranym z okresów końcowych schorzenia. W tych przypadkach można już okiem nieuzbrojonym zauważyć zmiany ogniskowe w naczyniach, także w tkance łącznej, otaczającej naczynia, miejscami tak znaczne, że oddzielanie „na tępo" tętnic od żył i towarzyszących naczyniom pni nerwowych staje się niemożliwe.

Przy drobnowidowym badaniu skrawków naczyń pobranych z różnych miejsc dają się stwierdzić znaczne różnice w nasileniu zmian anatomicznych od zmian o postaci zapalno-wytwórczych do zmian o cechach zwyrodnienia, organizacji względnie zupełnego zbliznowacenia. W ogniskach o zmianach zapalno-wytwórczych wysuwają się na plan pierwszy bujania komórkowe błony wewnętrznej naczyń, która ulega przerostowi, zaś jej warstwa elastyczna rozszczepieniu, a w powstałe w ten sposób szczeliny wnika tkanka uboga w jądra komórkowe. W mięśniówce tworzą się ogniska rozmiękczynowe (martwicze), a w świetle naczyń przyściennie osadza się skrzep. Z błony zewnętrznej wrastają poprzez wszystkie warstwy wypustki naczyniowe, zmierzające do organizacji skrzepu. Jak długo tworzą się nowe naczyńka, tak długo

w otoczeniu wypustek naczyniowych utrzymują się nacieki drobnokomórkowe, w których przeważają ciałka białe wielojądrzaste.

Proces organizacyjny cechują zmiany wsteczne (zwyrodnienie szkliste i odkładanie się złogów wapnia), jakkolwiek nie w takim nasileniu, jak przy sklerozie. Błona wewnętrzna staje się bardziej zbita, mniej wodnista, zawiera obficie tkankę łączną klejorodną i włókna sprężyste. Ogniska martwicze w mięśniówce zastępuje tkanka łączna. Jeżeli proces niezupełnie się uspokoi, utrzymują się w ścianach naczyń przez czas dłuższy nacieki drobnokomórkowe. Po zupełnej organizacji ogniska chorobowego, pozostaje w tym miejscu zgrubienie błony wewnętrznej przy drożnym jeszcze świetle naczynia i zbliznowacenie w mięśniówce oraz w błonie zewnętrznej, świadczące o przebytym procesie. Zazwyczaj powtarzające się nawroty doprowadzają do tworzenia się nowych ognisk i do wznawiania się procesów w ogniskach starszych częściowo lub zupełnie zorganizowanych. Przez odkładanie się przyściennie nowych skrzepów zacieśnia się znacznie światło naczynia, ulegając w końcu zupełnemu zamknięciu.

Zapatrywania na znaczenie i przyczynę powstawania skrzepu w naczyniach przy zgorzeli samoistnej są różne. Buerger w odróżnieniu od Winiwartera uważa skrzep w naczyniu jako nieuchronną zmianę anatomiczną, wywołaną infekcyjnym zapaleniem naczyń, a na poparcie swej tezy zwraca uwagę na nacieki drobnokomórkowe, spotykane w ścianach naczyń przy tym schorzeniu, oraz przytacza przypadki z równoczesnym powierzchownym zapaleniem żył (phlebitis migrans), przyjmując nawet objaw ten za ważny w rozpoznaniu zgorzeli samoistnej. Jäger uważa owe zapalenie żył za schorzenie przygodne nie stojące w związku ze zgorzelą samoistną, zaś twory komórkowe, podawane przez Buergera, jako dowód zapalenia, odnosi — podobnie jak Stapf — do zwykłej reakcji ustroju przy organizowaniu skrzepu, natomiast tworzenie się skrzepu uzależnia od zwolnienia biegu krwi wskutek zwężenia światła naczyń.

*

* *

Początkowe okresy tej niezwykłej choroby są zazwyczaj mylnie rozpoznawane jako dolegliwości na podłożu reumatycznym, neuralgicznym lub neurastenicznym, a to z tej przyczyny, że bóle, na jakie skarżą się początkowo chorzy, są stosunkowo nieznaczne, nie dające się ściśle określić, nie upośledzają wyraźnie zdolności do pracy, zatem uzasadniają takie właśnie przypuszczenie. Z tych również względów trudno jest ustalić umiejscowienie zmian początkowych; Borchard przyjmuje je w drobnych naczyniach tuż przed ich rozgałęzieniem się w naczynia włosowate. Jäger i Lerich opisali przypadki, w których

mimo rozległych zmian w głównych tętnicach kończyn (np. brak tętna w tętnicy udowej), odcinki obwodowe nie wykazywały żadnych zmian anatomicznych. Jäger, Röpke, Ceelen, Lerich i inni zwracają uwagę na zachodzący nieraz niestosunek pomiędzy zmianami anatomicznymi w naczyniach a objawami chorobowymi, np. przy zupełnym zamknięciu głównego pnia tętnicy kończyny brak zmian troficznych nawet przez dziesiątki lat, lub tylko zgorzel palca; jest to dowodem powolnego rozwijania się zmian anatomicznych zarazem i dogodnych warunków dla przejmywania funkcji ukrwienia tkanek przez krążenie uboczne. Niejednokrotnie zgorzel występuje dopiero w wieku starczym, gdy wskutek procesów sklerotycznych osłabiona akcja serca nie może utrzymać krążenia ubocznego na dostatecznym poziomie. Podobne warunki zdarzyć się mogą niezależnie od sklerozy i wieku chorego, gdy wskutek schorzeń przygodnych lub z innych przyczyn obniży się sprawność mięśnia sercowego (jak w przypadku opisanym przez Jägera po operacji przepukliny), lub gdy krążenie uboczne nie zdoła sprostać zadaniu przy wygórowanych wymaganiach.

Już Buerger przypuszczał, że proces chorobowy przy zgorzeli samoistnej nie ogranicza się wyłącznie do naczyń kończyn. Przypuszczenie Buergera potwierdzili na zwłokach Oppel, Perla, Cawadias, Spatz i inni, wykazawszy u zmarłych z powodu zgorzeli zmiany charakterystyczne dla tej choroby w naczyniach mózgu i serca, Göcke w nadnerczach i Dürck we wrzodzie modzelowatym żołądka. Jäger w sekcjonowanych 3 przypadkach znalazł zmiany cechujące zgorzel samoistną w tętnicach podstawy mózgu i szyi, a w jednym przypadku w naczyniach wieńcowych serca i na tej podstawie twierdzi, że spotykane procesy chorobowe w narządzie krążenia kończyn uważać należy za typowe tylko w tym znaczeniu, iż te ułatwiają ustalenie rozpoznania za życia. Podobnie i w chorobie Raynauda mogą zaburzenia czynnościowe naczyń doprowadzić do zgorzeli narządów wewnętrznych, jak w przypadku Füllenbaum i Sosina do zgorzeli śledziony.

Zgorzel samoistna jest chorobą o przebiegu wybitnie przewlekłym, trwającą dziesiątki lat (Higier, Schum, Gruber, Kampf, Röpke, Frei, Rieder i inni); przypadki szybko postępujące należą do wyjątków, przy czym i w tych ostrych postaciach pierwsze objawy (okresowe bóle kończyn lub uczucie niewspółmiernego znużenia po wysiłkach) dają się wykazać w wywiadach na 2 do 3 lat przed pojawieniem się zgorzeli (Stapf, Bastai i Dogliotti).

Z objawów klinicznych, niemal stale spotykanych przy zgorzeli samoistnej, wymienić należy bóle i uczucie znużenia, pojawiające się dość wcześnie w chorych kończynach. Bóle są początkowo lekkie, nie dające

się ściśle określić lub ciągnące, kłujące i podobne do bólów, spotykanych przy schorzeniach reumatycznych, występujące okresowo, nasilające się przy ruchach, a ustępujące podczas spoczynku. Bóle te dotyczą zazwyczaj palca pierwszej kończyny dolnej, palców lub łydki względnie całej kończyny dolnej, rzadziej górnej i wraz z postępem procesu chorobowego nasilają się, zmuszając niejednokrotnie chorych do „chromania przystankowego". Poza tym już we wczesnych okresach wystąpić mogą i inne dolegliwości, jak przeczulica skóry, drętwienia palców, uczucie zimna połączone z zasinieniem lub z blednięciem skóry. W tym okresie niedomogi narządu krwionośnego jako objaw nienależytej sprawności krążenia ubocznego uwidaczniają się na skórze sinawe zaczerwienienia, czasami o postaci marmurkowatej, to znów trupia bladość szczególnie palców. Zaczerwienienie ujawnia się nieraz tylko na palcu pierwszym, przechodzi w zasinienie niezależnie od temperatury otoczenia, często po opuszczeniu kończyny, przy czym bóle zazwyczaj słabną. Z tej przyczyny chorzy przyjmują chętnie nawet w nocy pozycję siedząca celem ulżenia sobie w cierpieniach. Jeżeli niedomoga krążenia utrzymuje się czas dłuższy, wówczas dają się stwierdzić zaburzenia troficzne skóry, paznokci (symptôme unqueal Schlesingera) i zanik mięśni. W tym stanie procesu chorobowego (nazwanym przez Oppla okresem drugim, okresem owrzodzeń i zgorzeli) już nieznaczne uszkodzenie lub drobne zabiegi operacyjne, wykonane na tkankach zaopatrywanych przez schorzałe naczynia, doprowadzają do długotrwałego ropienia lub do zgorzeli zazwyczaj suchej. Na obwodowych częściach kończyn wystąpić mogą niezależnie od urazu ciemno-sine plamy, grożące zgorzelą lub pęknięcia, czy ranki na skórze oporne na leczenie ze skłonnością do ropienia wgłąb tkanek, nie wyłączając więzów, mięśni i kości (Higier). Wówczas daje się stwierdzić osłabienie lub zniesienie tętnienia tętnicy obwodowej, po tym i wyższych odcinków. I w tym okresie proces chorobowy może się jeszcze uspokoić; zasinienia ustępują, owrzodzenia w końcu ulegają zabliźnieniu, a palce dotknięte zgorzelą odpadają. Jako pozostałość przebytej ciężkiej niedomogi krążenia utrzymują się zaburzenia odżywcze skóry, zanik mięśni i ewentualne ubytki po zgorzeli. Zgorzel może się ograniczyć do jednej kończyny lub pojawić się po pewnym czasie lub po latach symetrycznie w drugiej, nawet w przypadkach leczonych wcześnie wysoką amputacją. W wyjątkowych przypadkach przebieg choroby jest ostry, stosunkowo szybko zaznacza się niedomoga krążenia, bóle stają się tak uporczywe, że niejednokrotnie zachodzi potrzeba amputowania kończyny przed pojawieniem się zgorzeli. Tętnienie słabnie lub znika zupełnie nie tylko w odcinku obwodowym, ale i w głównych pniach naczyń kończyn, zgorzel postępuje szybko, zmuszając do rychłej amputacji. W razie zajęcia naczyń w sercu, mózgu

względnie w innych ważnych narządach wewnętrznych lub wskutek komplikacji, jak w przypadku Stapfa (przerzutów ropnych), schorzenie to może doprowadzić do zgonu wśród objawów zależnych od umiejscowienia zmian anatomicznych.

Badania pomocnicze, przeprowadzane u chorych na zgorzel samoistną, wykazały we krwi zwiększoną ilość ciałek czerwonych (Meyer), podwyższenie, jakkolwiek jeszcze w granicach fizjologicznych, poziomu cukru (Agułow i Babkow), przyspieszenie krzepliwości krwi (Gilbert i Coury), nadmiar płytek (Bok), oraz zwiększenie poziomu wapnia (Bastai i Dogliotti) i cholesteryny (Heitz) we krwi, natomiast azot pozabiałkowy w granicach prawidłowy. Oppel wykazał w zgorzeli samoistnej wyższy poziom wapnia i potasu z przewagą na korzyść potasu, natomiast w chorobie Raynauda również wyższy poziom tych składników z przewagą na korzyść wapnia. Przy zgorzeli samoistnej nie stwierdza się z reguły stanów podgorączkowych (Higier); przemiana podstawowa jest w granicach prawidłowych i niepowiększona, a częściej nieco obniżone ciśnienie krwi. Z innych badań pomocniczych wyszczególnić należy metodę oscylometryczną i próbę rentgenograficzną naczyń bez lub z wprowadzeniem do krwi substancyj kontrastowych, jako ważne w ustaleniu rozpoznania.

*

* *

Zestawiając z dostępnej mi literatury poglądy różnych autorów na patogenezę zgorzeli samoistnej, jak również szczegółowe opisy poszczególnych postaci klinicznych tej choroby, muszę podkreślić, że:

1) wszyscy autorowie zgodnie podnoszą przewlekły z reguły przebieg tego schorzenia, a tylko wyjątkowo ostry, przy czym i w tych ostrych przypadkach, cechujących się szybkim postępem zgorzeli, dało się w wywiadach wyśledzić początkowe objawy na 2 do 3 lat przed pojawieniem się zgorzeli;

2) jakkolwiek zapatrywania na przyczyny wywołujące to schorzenie są różne, to jednak żaden z autorów nie wspomina o urazie mechanicznym jako czynniku zdolnym spowodować tę niezwykłą chorobę. Wszyscy natomiast zgodnie podkreślają, że w pewnych okresach tej choroby, jako objaw niedomogi krążenia wywołanej procesem wytwórczym w naczyniach może nastąpić owrzodzenie oporne na leczenie lub zgorzel kończyny;

3) wielu autorów uważa wielokrotne działanie zimna za czynnik sprzyjający rozwojowi zgorzeli u osobników szczególnie skłonnych, wykazujących niedorozwój ogólny lub odcinkowy narządu krążenia.

*

* *

W orzecznictwie wypadkowym znawca niejednokrotnie ma ocenić, czy pomiędzy wypadkiem a stwierdzoną u poszkodowanego chorobą istnieje pośredni lub bezpośredni związek przyczynowy. W takich przypadkach, zwłaszcza ubezpieczeni często bezpodstawnie odnoszą swe choroby do urazu i sami tym łatwiej poddają się złudzeniu, gdy istotnie — niezależnie od nurtującego w ich organizmie procesu chorobowego — ulegną wypadkowi choćby w zasadzie błahemu. Ta ciągłość zdarzeń (wypadku i objawów chorobowych) wprowadza niejednokrotnie w błąd i lekarza, zwłaszcza w chorobach rzadziej spotykanych, nic więc dziwnego, gdy w niektórych przypadkach wyrok Sądu nie jest zgodny z opinią biegłego. Rozbieżność zapatrywań w ocenianiu zgorzeli samoistnej ilustrują następujące przypadki rozpatrywane w Sądzie rozj. w L.:

Przypadek I. (Cu 70/36): J. C., aryjczyk, robotnik niekwalifikowany, mając lat 34, uległ w dniu 15.IV.1909 wypadkowi, a mian. zgnieceniu palca pierwszego nogi prawej. Badanie lekarskie, przeprowadzone przez d-ra J. w czerwcu 1910, wykazało: stan po amputacji obwodowej części stopy prawej (w linii Lisfranka), w bliźnie pooperacyjnej przetoki oraz miejsca naciekłe, zanik mięśni podudzia prawego i znaczne wychudzenie. Badanie lekarskie, przeprowadzone w sierpniu 1912 przez d-ra S., wykazało: brak części stopy oraz zanik mięśni podudzia jak poprzednio, na końcu kości łódkowej prawej fistuła sącząca, drążąca w głąb, a na stopie lewej brak pierwszego i drugiego palca oraz na grzbiecie stopy owrzodzenie o cechach przewlekłego ropienia wielkości dłoni dziecka. Lekarz ten określił cierpienie jako zgorzel samoistną, przy czym zaznaczył, że do wystąpienia tej choroby swoistej przyczynić się mogło w swoim czasie odniesione zgniecenie palca. Obaj ci lekarze uznali uszkodzonego w 100% niezdolnym do pracy zarobkowej w następstwie wypadku z r. 1909.

J. C. zmarł dnia 27.I.1935 r., licząc lat 60, przy czym przed śmiercią nie leczył się ani nie był badany przez lekarza. W świadectwie zgonu zanotowano jako przyczynę śmierci „gruźlicę“ bez podania narządu, który miał być dotknięty tym schorzeniem (oględziny zwłok przeprowadził wiejski oglądacz zwłok). Poza tym w aktach znajduje się świadectwo lekarskie d-ra M., wydane na życzenie wdowy już po śmierci J. C., w którym lekarz ten, nie badając denata za życia, przyjął jako przyczynę zgonu „nerczycę“ w następstwie długotrwałego ropienia kończyn (miał zapewne na myśli skrobiowate zwyrodnienie nerek). Dr. M. przyjął związek przyczynowy pomiędzy ową nerczycą a wypadkiem przy pracy z r. 1909.

Wdowa po ś. p. J. C. podała, że denat za życia na nic więcej się nie uskarżał, lecz tylko wyłącznie na bóle nóg, nawet go głowa nie

bolała; do ostatniej chwili życia był przytomny, w dniu zgonu jeszcze sam zakładał sobie opatrunki i palił tytoń. Na nogę lewą chorował również, palec pierwszy i drugi stracił bardzo dawno, dwa dalsze palce nogi lewej odpadły mu przed śmiercią.

Opierając się na aktach nie przyjąłem związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem z r. 1909 a śmiercią denata, która nastąpiła w 25 lat po wypadku, gdy denat liczył już 60 lat, ponieważ uszkodzony był niewątpliwie przed wypadkiem chory na zgorzel samoistną, a wspomniany uraz mógł tylko ujawnić schorzenie lub wpłynąć na czasowe pogorszenie. Również nie mogłem przyjąć związku między pogorszeniem choroby zasadniczej, t. j. zgorzeli samoistnej u denata przed jego śmiercią a wypadkiem z r. 1909, ponieważ okresowe ustąpienie lub uspokojenie się objawów chorobowych a następnie ich nawrót, nawet po upływie wielu lat, jest jedną z zasadniczych cech tego cierpienia. W opisie nie przyjąłem w końcu jako przyczyny zgonu podanej przez d-ra M. „nerczycy", ani gruźlicy „rozpoznanej" przez wiejskiego oglądacza zwłok, ponieważ rozpoznania te nie znalazły w aktach żadnego uzasadnienia, a gdyby nawet poparte były rzeczowymi dowodami, byłyby dla oceny — w odniesieniu do związku przyczynowego z wypadkiem z r. 1909 — bez znaczenia. Sąd wydał opinię odmienną, t. j. przyjął związek przyczynowy pomiędzy śmiercią ś. p. J. C. a wypadkiem z r. 1909, przy czym w motywach wyroku nie wykluczył możliwości ropienia gruźliczego w kończynie uszkodzonej.

W ocenie związku przyczynowego w danym przypadku pomiędzy urazem z r. 1909 a śmiercią denata (w r. 1935) należało jednak oprzeć się na rozpoznaniu ustalonym przez d-ra S. i uznać je jako trafne, jakkolwiek w świadectwie wydanym przez tego lekarza brak było wielu szczegółów, między innymi wykluczenia kiły. Trafne rozpoznanie uzasadnił dr. S. tylko kilkoma jednakże bardzo znamiennymi dla zgorzeli samoistnej spostrzeżeniami, a mian.: symetryczną suchą zgorzelą kończyn dolnych, wrzodami przewlekłymi stopy lewej, ropieniem w kikucie nogi prawej drążącym do kości i zanikiem mięśni podudzia prawego. Słuszność rozpoznania potwierdza aż nadto dalszy przebieg procesu chorobowego u denata, a mian.: długotrwały przebieg schorzenia (ponad 25 lat od czasu wystąpienia pierwszych wyraźnych objawów niedomogi krążenia) i zgorzel sucha dalszych dwóch palców kończyny dolnej lewej.

Zastanawiając się nad innymi możliwymi przyczynami zgorzeli kończyn u denata możnaby jeszcze rozważyć zaburzenia natury angioneurotycznej i z tej grupy chorobę Raynauda. Przeciwko jednak chorobie Raynauda przemawia płeć denata, umiejscowienie zmian anatomicznych (wyłącznie na kończynach dolnych) oraz łagodny i zbyt przewlekły przebieg schorzenia.

Denat przed śmiercią nie był leczony ani badany przez lekarza, nie

przeprowadzono również sekcji jego zwłok, zatem ostateczna przyczyna zgonu nie może być ustalona bez zastrzeżeń; mimo to jednak można było na podstawie aktów wykluczyć pewne choroby z przypuszczalnych przyczyn zgonu, między innymi skrobiowate zwyrodnienie nerek, opierając się na zeznaniach wdowy. Objawy chorobowe przy tym schorzeniu są tak charakterystyczne, iż nie uszłyby uwagi otoczenia, zatem wdowa byłaby je niewątpliwie podała do wiadomości Sądu. Gruźlicze ropienie kończyn musi się wykluczyć w tym przypadku z pośrednich przyczyn zgonu chociażby z tego powodu, że przy gruźlicy kończyn nie spotykamy zgorzeli symetrycznej. W końcu gdybyśmy nawet w danym przypadku przyjęli jako pośrednią lub bezpośrednią przyczynę zgonu denata chorobę Raynauda, skrobiowate zwyrodnienie nerek, kiłę albo nawet ropienie gruźlicze kończyn, nie mogłoby to również uzasadnić związku przyczynowego nawet pośrednio pomiędzy stłuczeniem palca a zgonem po upływie 25 lat.

Dr. S. uznał J. C. w r. 1912 niezdolnym do pracy zarobkowej w wysokości 100%. Ocena ta była — moim zdaniem — jeżeli nie bezpodstawna, to w każdym razie zbyt wygórowana, co wynika już z treści świadectwa, wydanego przez d-ra S., w którym lekarz ten podaje, że do wystąpienia tej choroby swoistej mogło się p r z y c z y n i ć odniesione w swoim czasie zgniecenie palca, zatem już wówczas łączył dr. S. zgorzel samoistną tylko częściowo z następstwem urazu. Wiadomo, że w pewnych okresach zgorzeli samoistnej, a mian. w okresach niedomogi krążenia wystąpić może zgorzel lub owrzodzenie samoistne, tym łatwiej każdy uraz choćby nieznaczny, uszkadzający tkanki zaopatrywane przez odcinek naczyń schorzałych może spowodować zranienie oporne na leczenie ze skłonnością do postępującego ropienia lub zgorzeli, przy czym następstwa urazu zależeć będą raczej od stopnia zaburzeń w krążeniu niż od bezpośrednich pourazowych zmian anatomicznych. Przyjmując w danym przypadku, że uraz, jakiemu uległ J. C. w r. 1909, doprowadził istotnie do zgorzeli nogi prawej, należało wówczas przyjąć pogorszenie schorzenia zasadniczego, t. j. zgorzeli samoistnej w następstwie wypadku przy pracy i przyznać rentę czasową nie w 100%. Opierając się zatem na wiedzy i doświadczeniu lekarskim, nie mogłem w danym przypadku przyjąć związku przyczynowego nawet pośrednio pomiędzy stosunkowo nieznacznym urazem a śmiercią, która nastąpiła po upływie 25 lat.

Podobny przypadek, jednakże o przebiegu bardziej gwałtownym, opisali P i é d e l i è v r e i P r o v e n t:

Pewien robotnik, lat 49, doznał w dniu 18.I.1931 zgniecenia palca pierwszego nogi lewej. Dnia 11.IV.1931 rana na palcu mimo leczenia nie zgoiła się. Dnia 4.V.1931 przeprowadził chirurg operacyjne usunięcie

palca chorego, po czym w ranie pooperacyjnej wytworzyło się owrzodzenie, nie wykazujące skłonności do gojenia się. Po pewnym czasie stwierdzono na palcu V-tym nogi prawej drobną rankę. Dnia 26.V.1932 uległa martwicy tkanka w bliźnie pooperacyjnej, stan chorobowy pogarszał się tak, że w dniu 7.VI.1932 amputowano kończynę lewą poniżej kolana. Proces gojenia się rany pooperacyjnej postępował powoli. Poszkodowanemu przyznano rentę wypadkową w wysokości 85%. W styczniu 1933 wystąpiły gwałtowne bóle w podudziu prawym, wobec czego amputowano mu kończynę prawą w połowie podudzia, a proces gojenia się postępował i tym razem powoli. Badanie stanu zdrowia poszkodowanego, przeprowadzone we wrześniu 1935, wykazało: stan po amputacji obu podudzi, blizny pooperacyjne zgojone bez skłonności do dalszych owrzodzeń; znawcy ustalili u poszkodowanego t. zw. chorobę Buergera i nie przyjęli związku z wypadkiem z dnia 18.I.1931, opierając się na przekonaniu, że schorzenie naczyń musiało już istnieć w chwili wypadku, a objawy zgorzelinowe wystąpiłyby również niezależnie od wypadku. Sąd odwoławczy w Paryżu odmówił poszkodowanemu dalszej renty.

P r z y p a d e k II. (Cu 139/33): E. M., lat 62, żyd, nadzorca gospodarstwa rolnego, uległ wypadkowi w ten sposób, że pilnując w jesieni 1931 r. składania ziemniaków w kopce, „odmroził" sobie palce (1 i 2-gi) nogi prawej. Dnia 29.XII.1931 z powodu znacznych dolegliwości zgłosił się do szpitala, gdzie na oddziale wewnętrznym rozpoznano wrastanie paznokcia palca pierwszego z początkową zgorzelą. Gdy leczenie zachowawcze nie odniosło skutku, skierowano chorego na oddział chirurgiczny i tam zastosowano zabieg metodą Lericha, w końcu amputację w połowie uda. Tętnienie w tętnicy udowej w chorej kończynie nie dało się stwierdzić, a światło tętnicy było niemal zupełnie niedrożne. Rozpoznano zgorzel samoistną. Zakład odmówił renty. Wezwany przez Sąd do wydania opinii stwierdziłem: brak kończyny dolnej prawej, a na kończynie lewej wyraźne objawy niedomogi krążenia; nie przyjąłem związku przyczynowego pomiędzy wypadkiem a zgorzelą kończyny prawej. Sąd po naradzie polecił rozpatrzyć sprawę dwóm innym znawcom. Wezwani Prof. dr. S. i dr. M. nie przyjęli również związku z wypadkiem przy pracy. Wyrok oddalający.

P r z y p a d e k III. (Cu 380/33): W. R., lat 49, aryjczyk, dyrektor administracyjny cukrowni, zachorował w październiku 1931 na grypę. W tydzień po tym zmuszony był w sprawach służbowych odbyć dłuższą podróż. W drodze z powodu „zawiania" przeziębił się i „nabawił się" choroby nerwów kończyny dolnej. Bóle w kończynie były tak silne, że przy chodzeniu musiał utykać. Dnia 14.XI.1931 zwrócił się o poradę do lekarzy, którzy polecili mu wyjechać bezzwłocznie na leczenie do Wiednia. W odpisie historii choroby z pobytu w sanatorium podano: bó-

le nogi prawej w szczególności grzbietu stopy, pięty i łydki do kolan; temp. ciała w chwili przyjęcia 39° z powodu komplikacji zapalenia żył kończyny prawej, które wystąpiło w drodze do Wiednia. Kończyna dolna prawa na dotyk wyraźnie chłodna, zasinienia brak; tętnienie niewyczuwalne ani w tętnicy grzbietowej stopy, ani w tętnicy udowej prawej. Mocz o składzie prawidłowym; badania w kierunku kiły wypadły ujemnie; obraz cytologiczny krwi prawidłowy, cukier i kwas moczowy we krwi w granicach prawidłowych. Promieniami Roentgena nie wykazano złogów wapnia w naczyniach obwodowych. Serce i aorta bez zmian, elektrokardiogram nie wykazał odchyleń od normy. Arteriografią stwierdzono zastój w naczyńkach włosowatych chorej kończyny. W dwa dni po przybyciu do sanatorium wystąpiło zasinienie kończyny prawej, a po kilku dniach zaznaczyła się linia demarkacyjna na wysokości łydki prawej. Dnia 4.XII.1931 przeprowadzono amputację kończyny w połowie uda. Rozpoznano zgorzel samoistną skomplikowaną zapaleniem żył, opierając się na klinicznym obrazie chorobowym i na badaniach anatomopatologicznych, przeprowadzonych na amputowanej kończynie. Proces gojenia się rany pooperacyjnej postępował powoli. Zakład nie przyjął związku pomiędzy owym wypadkiem a zgorzelą kończyny. Przesłuchany w charakterze świadka lekarz domowy powoda dr. P. zeznał, że poszkodowany już od 8 lat przed wypadkiem uskarżał się na ziębnięcie kończyn dolnych, co świadek odnosił do nadużywania tytoniu. Znawca dr. H. nie przyjął związku przyczynowego z wypadkiem przy pracy. Powód prosił o powołanie dwóch innych znawców, a Sąd, przychylając się do życzenia poszkodowanego, odroczył w tym celu rozprawę, po czym powód skargę wycofał, tym samym proces nie został doprowadzony do wyroku.

P r z y p a d e k IV. (Cu 1199/36): S. S., mężczyzna, lat 50, aryjczyk, miał ulec wypadkowi w grudniu 1933 w ten sposób, że ważąc na wadze pomostowej prowianty odmroził sobie nogę prawą. (Czynności te wykonywał stale od r. 1922 do 2 sierpnia 1934). Po „wypadku“ pracy nie przerwał; leczył się ambulatoryjnie. W maju 1934 wystąpiły u powoda objawy chorobowe narządu krążenia, a mian.: bicia serca, uczucie ucisku w klatce piersiowej, czasami tak przykre, że zmuszony był zwracać się o poradę do lekarza. Poszkodowany pracował jednak dalej w swym zawodzie. W końcu gdy stan chorobowy znacznie się pogorszył, gdy wystąpiły duszności i obrzęki kończyn, skierował powoda dr. E. do szpitala w dniu 2 sierpnia 1934 z rozpoznaniem niedomogi mięśnia sercowego. W wywiadach podał poszkodowany, że chorób poważniejszych ani wenerycznych nie przechodził, był zawsze wrażliwy na zimno, a w r. 1928 odmroził sobie palec nogi lewej, który mu wówczas amputowano. Skarżył się poza tym na brak apetytu i zaparcie stolca. Podczas pobytu

w szpitalu wystąpiły bóle i pieczenia w kończynie dolnej prawej oraz zasinienia palców III, IV i V-tego. Przeprowadzone badania wykazały: WR ujemny; OB = 2 mm/godz.; ciśnienie krwi = 144 mm Hg; w moczu brak składników patologicznych. Ustalono konsyliarnie (interniści i chirurdzy) następujące rozpoznanie: zgorzel samoistna u osobnika dotkniętego miażdżycą naczyń, przewlekłym schorzeniem mięśnia sercowego z objawami niedomogi. Zanotowano przy tym badaniu następujące szczegóły: zanokcica palca nogi prawej, zasinienie palców i części stopy prawej, brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy prawej, słabo wyczuwalne tętnienie w piszczelowej prawej i słabsze tętnienie w tętnicy udowej. Temperatura ciała prawidłowa. Dnia 22.VIII wykonano operację metodą Lericha, a gdy ten zabieg nie spowodował poprawy, amputowano choremu w dniu 1.IX.1934 stopę w linii Lisfranka. Mimo polepszenia się sprawności serca, rana pooperacyjna nie wykazywała skłonności do gojenia się, a uczucie bólu i pieczenie przesunęło się na pozostałą część stopy i na podudzie. Za zgodą chorego przystąpiono zatem w dniu 12.X do amputacji kończyny prawej na wysokości kolana. Sekcja naczyń kończyny amputowanej wykazała zmiany zarostowe tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej. Dnia 27.X amputowano jeszcze część uda prawego i wówczas dopiero proces chorobowy się uspokoił.

Powód zwrócił się do Zakładu z żądaniem przyznania renty wypadkowej, a otrzymawszy odpowiedź odmowną, wniósł skargę do Sądu. Znawca dr. M. stwierdził w dniu 16.X.1935 brak kończyny dolnej prawej w $\frac{1}{3}$ obwodowej uda, kikut dobrze zgojony; na kończynie lewej brak palca V-tego, zasinienie palców pozostałych, paznokcie zgrubiałe kruszące się; skóra całej stopy a także obwodowej części podudzia lewego łuszcząca się, sucha, na dotyk chłodna; brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej lewej, natomiast w udowej słabo wyczuwalne. Znawca ten rozpoznał zgorzel samoistną i nie przyjął związku z wypadkiem przy pracy, a Sąd na tej podstawie oddalił powoda z żądaniem uchylenia rezolucji Zakładu.

Powód z powodu pogorszenia się stanu zdrowia został przyjęty w dniu 7.V.1936 do szpitala. W karcie chorobowej zanotowano: rozpoznanie: zgorzel samoistna; wynik badania przedmiotowego: stan po amputacji kończyny dolnej prawej; stopa i podudzie kończyny lewej sinawo-zabarwione i na dotyk chłodniejsze od reszty ciała; brak tętna tętnicy stopy i piszczelowej tylnej. Wykonano resekcję tętnicy udowej lewej w odcinku górnym, a badanie tej części naczynia wykazało zarośnięcie światła tętnicy. Wobec utrzymujących się uporczywych bólów w kończynie dolnej lewej, wykonano w dniu 18.V.1936 amputację do wysokości kolana. Rana pooperacyjna nie wykazywała skłonności do gojenia się, lecz przeciwnie, postępująca zgorzel kikuta zmusiła lekarzy do dal-

szej amputacji w połowie uda (18.VI.1936). Stan chorobowy pacjenta mimo leczenia stale pogarszał się i w dniu 12.VIII.1936 nastąpił zgon wśród objawów ogólnego zakażenia.

Jeszcze za życia wniósł powód prośbę do Sądu o rewizję procesu, przedkładając prywatne świadectwa lekarskie dr. G. i dr. S., w których lekarze ci przyjęli związek przyczynowy pomiędzy odmrożeniem kończyny a schorzeniem naczyń. Sąd na tej podstawie wznowił postępowanie dowodowe, a wezwani w charakterze świadków dr. G. i dr. S. zeznali, iż zamknięcie naczyń kończyn u powoda powstało na tle procesu zapalnego naczyń tkanki okołonaczyniowej, a źródłem infekcji było właśnie wielokrotne odmrożenie kończyn początkowo lekkie, które następnie usposabiało do ponownych silniejszych odmrożeń, co doprowadziło do amputacji palca V-tego nogi lewej, w końcu do dalszej zgorzeli obu kończyn. Wezwany jako znawca dr. H. podał w swym sprawozdaniu, że zeznania dr. G. i dr. S. rzuciły inne światło na tło choroby, ponieważ lekarze ci określili schorzenie jako infekcyjną sprawę zapalną w naczyniach kończyn. Jakkolwiek znawca wykluczył związek przyczynowy pomiędzy odmrożeniem z r. 1933 a infekcyjnym zapaleniem naczyń, nie mniej jednak przyjął wcześniejsze wystąpienie zgorzeli u powoda jako następstwo owego odmrożenia, zatem jako wypadek przy pracy w rozumieniu ustawy i przyznał na okres 1½ roku niezdolność w wysokości 50%. Sąd wydał wyrok zgodnie z opinią dr. H.

W powyższym przypadku rozpoznanie zgorzeli samoistnej, podane przez kilku lekarzy i oddziały szpitalne, było niewątpliwie trafne. Biorąc pod uwagę wybitnie przewlekłą postać tej choroby u powoda, musimy szukać jej początków co najmniej na kilka do kilkanaście lat przed pojawieniem się zgorzeli, zatem w każdym razie na długo przed rokiem 1928. W sierpniu 1934 stwierdzono u powoda wyraźne pogorszenie zgorzeli samoistnej, które — rzecz jasna — spowodowało kilka miesięcy trwające schorzenie serca, a nie rzekome odmrożenie w grudniu 1933. Jak wielkie znaczenie dla wydolności krążenia ubocznego kończyny przy niezupełnej drożności lub niedrożności głównego pnia naczynia ma sprawna funkcja serca, zbyteczne podkreślać. Wielu autorów zwróciło na to uwagę, śledząc w tym kierunku szczególnie chorych na zgorzel samoistną, między innymi i Jäger, który opisał przypadek pojawienia się zgorzeli już po chwilowym osłabieniu akcji serca, wywołanym stosunkowo lekką operacją przepukliny pachwinowej. W przypadku zatem omawianym długotrwała choroba serca z objawami niedomogi krążenia doprowadzić musiała nieuchronnie do zgorzeli, a więc do pogorszenia choroby zasadniczej, t. j. zgorzeli samoistnej.

Powód nie obeznany z istotą swego cierpienia uzależnił zgorzel swej kończyny od jej odmrożenia, choć sam nie mógł podać w przybli-

żeniu dnia owego „wypadku“. Będąc dotknięty tak ciężkim schorzeniem naczyń, odczuwał niewątpliwie przy wykonywaniu swego zawodu w porze zimowej wpływ zimna na swój organizm szczególnie dotkliwie, zatem nic dziwnego, gdy w wyobraźni chorego utrwaliło się przekonanie, że działanie niskiej temperatury w grudniu 1933 spowodowało po upływie 8 miesięcy zgorzel kończyny. Dotkliwe odczuwanie zimna było wówczas jednym z objawów postępującej zgorzeli samoistnej u powoda, tym samym i ujawniającej się niedomogi krążenia obwodowego, a nie przyczyną tej niedomogi. Niezrozumiałym natomiast się zdaje, że znawca dr. H., mając w aktach podany szczegółowo przebieg zdarzeń i odpisy kart chorobowych powoda oraz zeznania lekarzy, przyjął mimo wszystko w danym przypadku pogorszenie choroby zasadniczej z wypadkiem przy pracy w rozumieniu ustawy, zaznaczając na wstępie swego sprawozdania, że świadectwa dr. G. i dr. S. uzasadniały takie właśnie oświetlenie sprawy. Nie wdając się na razie w rozpatrzenie słuszności zapatrywań dr. G. i dr. S., muszę podkreślić, że lekarze ci, mówiąc o infekcyjnej sprawie zapalnej w naczyniach kończyn, nie rzucili wcale „innego światła“ na przyczynę zgorzeli kończyn u powoda (pogląd taki na patogenezę zgorzeli samoistnej wypowiedział już Buerger w r. 1924) Lekarze ci natomiast zeznali niedwuznacznie w Sądzie, iż u powoda w i e l o k r o t n e odmrożenie kończyn, początkowo lekkie, usposabiało do ponownych silniejszych odmrożeń, co doprowadziło do amputacji palca V-tego nogi lewej w r. 1928, wkońcu do dalszych zgorzeli w r. 1934 — 1936. W takim ujęciu czynnik szkodliwy (niska temperatura otoczenia) działał na organizm powoda okresowo rokrocznie przez kilka do kilkanaście lat, podczas wykonywania przez niego zwyczajnych codziennie się powtarzających zajęć, zatem już z tej przyczyny nie można było przyjąć wypadku przy pracy, lecz tylko chorobę zawodową. (Pojęcie wypadku w rozumieniu ustawy wyklucza te stany naruszenia zdrowia, które powstają przez sumowanie się wielokrotnego działania czynników szkodliwych związanych z wykonywaniem zawodu).

Nad wpływem zimna i wilgoci na zgorzel samoistną, zastanawiało się wielu autorów a zapatrywania ich i w tym kierunku są rozbieżne. W celu wyjaśnienia tego zagadnienia przeprowadzano nawet badania doświadczalne na zwierzętach, przy czym M a r s c h a n d, R i s c h p l e r i Z o e g e. v. M a n t e u f e l zauważyli w narządzie krążenia kończyn świnek morskich, poddanych działaniu zimna, zmiany zbliżone do miażdżycowych; C e e l e n kontrolując owe wyniki nie wykazywał w naczyniach mimo wielokrotnych prób żadnych zmian anatomicznych. Działanie zimna i wilgoci ma niewątpliwie drugorzędne znaczenie w rozwoju procesu chorobowego przy zgorzeli samoistnej. Pewne szczegóły oparte na dokładnej analizie wielu przypadków uzasadniają wykluczenie niskiej

temperatury z pośród czynników, które mogłyby współdziałać w rozwoju a tym mniej spowodować tak niezwykłe schorzenie: wymienię tu następujące:

1) zmiany anatomiczne przy zgorzeli samoistnej spotyka się nietylko w naczyniach kończyn lecz także w naczyniach narządów wewnętrznych jak w sercu i mózgu zatem w narządach, które są chronione przed działaniem zimna.

2) zgorzel samoistna jest chorobą spotykaną niemal wyłącznie u osobników płci męskiej, jakkolwiek kobiety, zwłaszcza w okresach kryzysu gospodarczego, zmuszone są zarobkować w tych samych warunkach i w tych samych zawodach, zatem na równi z mężczyznami narażone są na działanie zimna.

3) tylko część chorych podała w wywiadach wpływ zimna i wilgoci jako przypuszczalną przyczynę swego schorzenia (wg. Riedera 23% a Stapfa 30%), natomiast wielu chorych stanowczo zaprzeczyło by kiedykolwiek zmuszeni byli pracować w warunkach atmosferycznych niekorzystnych i by kiedykolwiek narażeni byli na szkodliwe działanie zimna. Byli to osobnicy zamożni, dobrze odziani i odżywieni, przebywający stale w dobrych warunkach.

Na szkodliwe działanie niskiej temperatury narażeni są podczas każdej zimy mieszkańcy krajów położonych w strefie zimnej; wystarczy nadmienić, że np. w mieście Lwowie samo Ochotnicze Tow. ratunkowe udzieliło pomocy w wypadkach odmrożenia w ostatnich dwu latach przeszło 1500 osobom a podczas srogiej zimy (1928/29) w 7000 przypadkach. Wojna światowa przysporzyła sporo tego materiału i tak już w okresie pierwszej zimy (1914/15) z szeregów b. armii austriackiej skierowano ponad 31000 żołnierzy z odmrożonymi kończynami do szpitali (Mevallier) w tym wiele przypadków ciężkich; mimo to jednak zapadalność na zgorzel samoistną bynajmniej nie wzrosła (Bauer) a chorobę tą zaliczyć należy do schorzeń stosunkowo rzadko spotykanych.

Zwolennicy poglądu przyjmującego znaczenie zimna w patogenezie zgorzeli samoistnej uzależniają zgodnie wpływ ten od wielokrotnego działania niskiej temperatury na ustrój szczególnie wrażliwy przy współdziałaniu jeszcze innych czynników, przede wszystkim wilgoci (nadmierne pocenie się, nieodpowiednie obuwie, nieodpowiednie warunki pracy). Wrażliwość ustroju na tego rodzaju schorzenie może być wrodzona za czym przemawia spotykany u tych chorych niedorozwój narządu krążenia, oraz niejednokrotne występowanie zgorzeli samoistnej u kilku członków tej samej rodziny (Weitz) i nabyta uzasadniana rozmaicie a mian.: nałogowym paleniem tytoniu, nadużywaniem alkoholu, chorobami zakaźnymi. Ceelen twierdzi, że skłon-

ność do tego rodzaju schorzenia należy uważać w każdym przypadku po części za wrodzoną i po części nabytą. Zdaniem tego autora na skutek pewnych czynników szkodliwych wytwarza się w ustroju dziedzicznie obciążonym ogólne niekorzystne „przestrojenie" organizmu (Generalschaden), które zmienia lub znosi zdolność reakcji ustroju na działanie niektórych bodźców zzewnątrz pochodzących między innymi na zimno. Podobnego zdania jest wielu innych autorów. Tak skomplikowane łączenie przyczyn usposabiających z następowym w i e l o k r o t n y m działaniem zimna na „przestrojony" już organizm wyklucza zaliczenie zgorzeli samoistnej do chorób, które mogłyby powstać w następstwie wypadku przy pracy w rozumieniu ustawy.

Zimno, zwłaszcza w połączeniu z wilgocią, może spowodować nietylko odmrożenie obwodowych części ciała z następową ich zgorzelą a nawet śmierć, lecz może także wpłynąć ujemnie na choroby już istniejące choćby utajone, tym samym na zgorzel samoistną. Zdawałoby się że przede wszystkim u chorych na zgorzel samoistną będzie z reguły niska temperatura ujawniać podczas każdej zimy wyraźne nawroty z obostrzeniami doprowadzającymi niemal rokrocznie do postępujących zgorzeli. Tymczasem doświadczenie lekarskie poucza, że choroba ta ma w zasadzie przebieg wybitnie przewlekły z okresami zwolnień trwającymi wiele lat, mimo iż chorzy pozostają nadal w tych samych warunkach i w tym samym zawodzie; nasuwają się przy tym pewne wątpliwości czy możnaby wytłumaczyć tak z reguły powolny a w wielu przypadkach stosunkowo łagodny postęp procesu chorobowego szczególnym chronieniem się tych chorych przed szkodliwym działaniem zimna. Spostrzeżenia te, jak i specyficzne cechy anatomopatologiczne i kliniczne zgorzeli samoistnej, uzasadniają krytyczne ustosunkowanie się znawcy przy opiniowaniu takich przypadków a przyjęcie pogorszenia tej choroby na skutek wypadku spowodowanego wyłącznie szkodliwym działaniem zimna musi być oparte na dokładnym zbadaniu okoliczności towarzyszących takiemu zdarzeniu. Należy zatem rozpatrzyć, jak długo trwało działanie niskiej temperatury, kiedy wystąpiły objawy pogorszenia, w końcu stopień zawilgocenia (nadmierne pocenie, nasycenie wilgocią powietrza i otoczenia). W przypadkach gdy objawy chorobowe ujawnią się lub wzmogą wyraźnie bezpośrednio, względnie w krótkim czasie po ustaniu wpływu zimna (objawy zgorzeli do kilku tygodni, w przypadkach ciężkich do 48 godzin) i jeżeli przy tym inne okoliczności towarzyszące temu zdarzeniu odpowiadać będą wymogom ustawy, wówczas przyjęcie pogorszenia zgorzeli samoistnej w następstwie wypadku przy pracy będzie — rzecz jasna — uzasadnione.

Zestawiając powyższe wywody, dochodzę do następujących wniosków:

1) uraz z zewnątrz pochodzący jako następstwo pewnego zdarzenia nie może spowodować zgorzeli samoistnej, gdyż opierając się na wiedzy lekarskiej tylko wielokrotne działanie czynników szkodliwych może stać się przyczyną tak niezwykłej choroby. Zgorzel samoistna nie może być zatem zaliczona do chorób, któreby mogły powstać w następstwie wypadku przy pracy.

2) uraz z zewnątrz pochodzący, uszkadzający tkanki zaopatrywane przez naczynia krwionośne chorobowo zmienione, może spowodować obrażenie oporne na leczenie, lub martwicę tych tkanek, tym samym może wpłynąć na pogorszenie istniejącej już w ustroju zgorzeli samoistnej.

3) Przyjęcie pogorszenia zgorzeli samoistnej wskutek wypadku przy pracy będzie wówczas uzasadnione, gdy przede wszystkim objawy chorobowe świadczące o pogorszeniu wystąpią bezpośrednio, lub w krótkim czasie po wypadku.

4) Przy urazach termicznych w szczególności szkodliwym działaniu zimna, należy zwrócić uwagę na okoliczności towarzyszące takiemu zdarzeniu a mian.: czas trwania szkodliwego działania niskiej temperatury, stopień zawilgocenia, jakość odzieży i warunki pracy. Poza tym, jak przy urazach wogóle — tak i przy urazach termicznych, przyjęcie pogorszenia zgorzeli samoistnej będzie wówczas uzasadnione gdy przede wszystkim objawy chorobowe, świadczące o pogorszeniu, wystąpią bezpośrednio lub do kilku tygodni po ustaniu szkodliwego działania zimna.

PIŚMIENNICTWO.

1) Aminiew. Veranlagung und Beruf als Ursache für d. Entstehung von spontaner Gangrän. Arch. f. klin. Chir. 1931. 2) Braeucker. Gibt es eine traumatische arteriitis. Arch. f. klin. Chir. 1932. Bd. 173. 3) Bastai et Dogliotti. Hyperparathyroidie et syndromes angiospastiques. La Presse med. 1934. Nr. 90. 4) Bauer. Blut u. Lymphgefässe. Liniger, Weichbrot, Fischer. Hb. d. ärzt. Begutacht. 1931. 5) Bross. Zgorzel samoistna. Arch. Tow. Nauk. we Lwowie. Dz. III. T. VIII. Z. 3. 1936. 6) Ceelen v. Redvitz. Über Extremitätenbrand. Arch. f. klin. Chir. (56. Tag. Deutsch. chir. Ges.) 1932. Bd. 173. 7) Chevallier. Le pied de tranchée. Revue de Médecine 1933. 8) Dervieux et Maroun. A propos de l'artérite obliterante traumatique. Annal. med. leg. 1930. 9) Dewes. Zur Frage d. traumatischen Entstehung d. Thrombophlebitis Zentralbl. f. Chir. 1931. 10) Füllenbaum i Sosin. Przypadek podostrego tocznia rumieniowego z równoczesną chorobą Raynauda. Pol. Gaz. Lek. 1937. 11) Higier. Z dziedziny przewlekłych zachorzeń naczyń obwodowych wieku młodzieńczego i męskiego. Now. lek. Z. 9. 1932. 12) Jäger. Zur pathologischen Anatomie d. Thromboangiitis obliterans bei juveniler Extremitätengangrän. Virch. Arch. 1932. Bd. 284. 13) Kaufmann. Hb. d. Unfallmedizin. 1932. 14) Leriche et Policard. Physiologie Pathologique chirurgicale. Masson et C-ie, Edit. libraires l'Akadémie de Méd. 1930. 15) Müller. Angioneurosen. Neue Deutsche Klinik 1928.16) Nowicki. Anatomia patologiczna. T. .I Nakł. Polsk. Akad. umiej. 1935. 17) Oppel. Die Raynaudische Krankheit als Hyperadrenalinaemie. Arch. f. klin. Chir. 1928. 18) Piédelièvre et Provent. Artérite oblitérante et accident du travail. Annal. med. leg. 1935. 19) Rieder. Die Endangiitis

obliterans u. ihre Behandlug. Arch. f. klin. Chir. 1933. Bd. 172. 20) Röpke. Spontangangrän d. Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1932. 21) Simonin. Thrombo - phlébite aseptique apparue aprés une contusion des parties molles. Annal. d. med. leg. 1930. 22) Sorel. Artérite oblitérante et gangréne post-traumatique. Annal. med. leg. 1930. 23) Spatz. Über die Beteiligung d. Gehirns bei der v. Winiwarter — Buergerschen Krankheit (thrombo-endangiitis obliterans). Dtsch. Z. Nerwenheilk. 1935. 24) Stapf. Spontane Extremitätengangrän im jüngeren Lebensalter. Arch. f. klin. Chir. 1930 25) Thiem. Unfallerkrankungen. 1910. 26) Todyo. Beitrag zur Pathogenese der sogenanten spontanen Gangrän. Arch. f. klin. Chir. 1912.27) Winiwarter. Ueber eine eigenthümliche Form von Endarteriitis u. Endophlebitis mit Gangrän d. Fusses Arch. f. klin. Chir. 1878. 28) Zoege-Manteuffel. Ueber Arteriosclerose u Rheumatismus an den unteren Extremitäten. Arch. f. klin. Chir. 1892.

WITOŁD DŻUŁYŃSKI (Lwów).

SPONTANE EXTREMITÄTENGANGRÄN (s. g. BUERGERSCHE KRANKHEIT) IN DER GERICHTLICHEN BEGUTACHTUNG.

Zusammenfassung.

Der Verfasser komt, nach Besprechung von 4, vor Gericht beurteilten Fällen zu folgenden Schlüssen:

1) ein exogenes Trauma, als Folge eines gewissen Ereignisses, kann nicht spontane Extremitätengangrän hervorrufen, denn nur vielmalige Einwirkungen schädlicher Einflüsse können als Ursache dieses ungewöhnlichen Krankheitsbildes in Betracht kommen. Die spontane Extremitätengangrän kann also nich zu den Krankheiten gezählt werden, die als Unfallfolge werden können.

2) ein exogenes Trauma, welches Gewebe beschädigt, die durch krankhaft veränderte Blutgefässe versorgt sind, kann schwer heilbare Verletzungen oder auch Gewebsgangrän hervorrufen, mithin kann es auf eineVerschlimmerung einer bereits vorhandenen spontanen Extremitätengangrän von Einfluss sein.

3) die Annahme einer Verschlimmerung der spontanen Extremitätengangrän als Unfallfolge ist vor Allem dann begründet, wenn Krankheitsercheinungen, die eine Verschlimmerung anzeigen, unmittelbar oder kurze Zeit nach dem Unfall auftreten.

4) bei thermischen, insbesonders Kälteschäden muss unser Augenmerk auf alle Begleitumstände gerichtet sein u. zw.: die Art und Dauer der Kälteeinwirkung, der Feuchtigkeitsgrad, die Beschaffenheit der Bekleidung sowie die Arbeitsverhältnisse. Ausserdem wird, wie überhaupt bei Traumen so auch bei Kälteschäden, eine Annahme der Verschlimmerung spontaner Extremitätengangrän dann begründet sein, wenn insbesondere jene Krankheitserscheinungen, die eine Verschlimmerung anzeigen, unmittelbar oder wenige Wochen nach Einwirkung des Kälteschadens auftreten.

Dr. WŁADYSŁAW FELC, adiunkt Zakładu.

RZEKOME ZGWAŁCENIE — KURZA KREW NA MAJTKACH.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej Un. J. Piłsudskiego w Warszawie. Kierownik: Prof. W. Grzywo-Dąbrowski).

W dziedzinie przestępstw płciowych nie tak rzadko spotykamy się z fałszywym oskarżeniem, którego źródła są rozmaite: raz chodzi o wymuszenie świadczeń materialnych od ofiary, kiedy indziej o narzucenie zawarcia związku małżeńskiego, to znów chęć ukrycia stanu istotnego dla zachowania dobrego imienia. Na wsi, gdzie przynajmniej dawniej pojęcie dziewiczości było otaczane szacunkiem, dziewczęta, które oddawały się mężczyznom, bywały pośmiewiskiem i wytykano je palcami. Rzadko kiedy dziewczyna taka była pojmowana za żonę w tym samym środowisku. Dlatego, jeżeli już doszło do obcowania płciowego pomiędzy młodymi ludźmi, to rodzice względnie opiekunowie, a w braku ich opinia publiczna, dla zatarcia przykrego wrażenia, domagała się zawarcia związku małżeńskiego. Gdy nie prowadziło to do celu, tedy dla ocalenia honoru dziewczyny czasami podejmowano kroki, by sprawie nadać charakter gwałtu i choć w ten sposób osłabić nieprzyjemne skutki wydarzenia. Tem silniejsze musiały być starania, gdy dziewczyna nie tylko straciła „wianek", ale w dodatku nabawiła się choroby wenerycznej, jak to miało miejsce w naszym przypadku. Przykłady tego rodzaju, niestety, są na porządku dziennym, wszystkim dobrze znane, nie byłoby więc potrzeby pomnażania ich liczby, gdyby nie szczególny wynik próby precypitacyjnej, który skłania mnie do podania go do wiadomości publicznej.

W październiku roku ubiegłego do naszego Zakładu nadesłany został z odległej prowincji dowód rzeczowy — majtki kobiece — z prośbą o ustalenie, czy znajdujące się na tychże majtkach plamy o zabarwieniu ciemno-czerwonym są plamami krwi, a jeżeli tak, to czy krew ta jest pochodzenia menstruacyjnego, czy też pochodzi z rozerwanej błony dziewiczej.

Po bliższym obejrzeniu wspomnianego dowodu rzeczowego, jakim były barchanowe majtki kobiece, koloru błękitnego, nieco zniszczone i częściowo naddarte w okolicy krocza, uderzały duże plamy zeschniętej krwi, gęsto rozrzucone na całej niemal wewnętrznej powierzchni majtek, zwłaszcza w okolicy krocza tak, iż na pierwszy rzut oka obraz tych plam krwawych był niezwykły. Sprawiały one wrażenie, jakby majtki były

podstawione pod krwawiące naczynie i w ten sposób poplamione krwią. (patrz fotografia). Już po tej pobieżnej inspekcji dowodu rzeczowego powziąłem wątpliwość co do możliwości pochodzenia krwi od rozdarcia błony dziewiczej ewentualnie, by plamy te mogły pochodzić od krwi miesiączkowej. Poprostu przyszło mi na myśl, że dla poparcia fałszywego oskarżenia majtki umyślnie krwią powalane zostały.



Dla należytego zorientowania się w tej sprawie zażądałem dochodzenia, z którego przytaczam następujące szczegóły: — Do posterunku Pol. Państw. zgłosiła się X. lat 16, córka pastucha folwarcznego i zameldowała, że 1.IX. o g. 8-ej rano, gdy pasła bydło na polu, położonym przy gościńcu, przyjechał do niej na rowerze Y. 23-letni mieszkaniec sąsiedniej wsi, którego dobrze znała z widzenia, ponieważ w tym samym majątku pracował przy żniwach. Ów zatrzymał się przy niej na polu, złapał ją i zaczął namawiać do stosunku płciowego. X. rzekomo przeciw tej propozycji protestowała, wówczas Y. przewrócił ją na ziemię, podarł majtki i wbrew jej woli miał z nią stosunek płciowy, po czym wsiadł na rower i odjechał. Po powrocie do domu nikomu o tym nie mówiła, ponieważ się wstydziła. Dopiero w sześć dni później, gdy macocha spostrzegła krwią zawalane majtki, przyznała się do wszystkiego. Ta podzieliła się wiadomością z ojcem, który zawiózł ją do lekarza, a ten po dokonaniu badania wydał odpowiednie zaświadczenie. Przy składaniu za meldowania rzekomo zgwałcona prosiła o pociągnięcie do odpowiedzialności karnej gwałciciela.

Macocha pokrzywdzonej podała, że tegoż samego dnia w porze obiadowej, gdy pasierbica jej wróciła z pola, zauważyła, że majtki, któ-

re dała jej przed tygodniem całe i czyste, były poplamione krwią i podarte, wobec czego zaczęła ją wypytywać o przyczynę. X. początkowo tłumaczyła się tym, że majtki podarła, wchodząc na drzewo. Po kilku dniach zaczęła narzekać, że jest chora, a sąsiadki ostrzegły macochę, by dobrze wybadała X. ponieważ ona zwierzyła się im, że całe narządy rodne ma opuchnięte i radziła się, co robić, z czego wynikło podejrzenie, iż nietylko została zgwałcona, lecz i zarażona chorobą weneryczną. Wobec takich informacji macocha przyparła swą pasierbicę do muru, a ta wreszcie opowiedziała jej o rzekomym zgwałceniu. Przesłuchiwane przez policję sąsiadki zeznały, że Y., pracując przy żniwach często asystował X. w porze obiadowej, że razem ze sobą siadywali, a dziewczyna miała mówić, że chłopiec ten spodobał się jej. Inna dodała, że X. po wieczornym udoju krów, zamiast do domu rodziców, biegała niejednokrotnie do stodoły, w której sypiał Y.

Ojciec dziewczyny oświadczył, że w dniu „zgwałcenia" o g. 5-ej rano wypędził bydło na pastwisko, poczym pozostawił córkę dla pilnowania bydła, a sam udał się do domu na śniadanie. Nieobecność jego trwała około 3 godzin. Po powrocie zastał córkę zapłakaną, lecz nie mógł dowiedzieć się od niej o przyczynie łez. Dopiero żona mu powiedziała, że córka jego została zgwałcona, więc zawiózł ją do lekarza.

Świadectwo lekarskie było podstawą, na mocy której wdrożone zostało dochodzenie prokuratorskie przez policję przeciw Y. Ów, przesłuchany w charakterze podejrzanego, podał , że do zarzuconej mu winy nie przyznaje się. Wyjaśnił przy tym, że od połowy lipca do końca sierpnia pracował w tym majątku przy żniwach. Przez cały czas mieszkał na kwaterze u ojca X. Tam poznał się z jego córką, z którą pierwszy stosunek płciowy miał w końcu lipca. X. oddała mu się dobrowolnie. Potem obcowali ze sobą co drugi dzień przez cały czas pobytu w majątku. Ostatni stosunek płciowy miał z nią 1.IX. rzeczywiście na polu przy paszeniu bydła, lecz i wówczas X. oddała mu się dobrowolnie. Była wtedy w majtkach, lecz one były podarte w kroku. W czasie stosunku ojciec dziewczyny spał nieopodal. Dziewczyna mówiła mu, a i przedtem kilka razy wspominała, że jeśli się z nią ożeni, to mu „podaruje".

W dalszym rozwoju sprawy w dniu 30.IX. zostały zarządzone oględziny sądowo-lekarskie obojga, w celu stwierdzenia, czy są zarażeni chorobą weneryczną. Tym razem badanie przeprowadzone zostało w szpitalu powiatowym przez innego lekarza. Ten w swoim orzeczeniu pisze między innymi: „na wargach sromowych oraz w okolicy odbytnicy liczne płaskie grudki moknące (condylomata plana): błona dziewicza rozerwana- w tylno dolnych partjach blizenki różowe; na podstawie oględzin przychodzę do wniosku, iż poszkodowana jest nie-dziewicą, gdyż błona dziewicza jest rozerwana; czy w danym wypadku nastąpiło

zgwałcenie, czy też stosunek odbył się za zgodą poszkodowanej, ustalić nie można, ze względu na to, że dzięki upływowi znacznego czasu nie można stwierdzić na sromie i w jego okolicy obrażeń, któreby wskazywały na odbytą walkę, natomiast na obu wargach sromowych i w okolicy odbytu stwierdza się wykwity charakterystyczne dla II stadium przymiotu (luesu)".

2.X. podjęto oględziny sądowo-lekarskie podejrzanego, których wynik zamknięty jest następującym orzeczeniem: „na podstawie oględzin sądowo-lekarskich przychodzę do wniosku, że Y. nie jest chory na chorobę weneryczną".

Podejrzany ponownie przesłuchiwany był przez Sędziego Grodzkiego, przed którym poza wyjaśnieniami złożonymi policji zeznał, że X. miewała stosunki płciowe nietylko z nim, lecz również z innymi chłopcami, co obiecał udowodnić świadkami. — Tyle dochodzenie.

Jeśli chodzi o badanie dowodu rzeczowego, to przedstawia się ono, zgodnie z brzmieniem odnośnego protokułu, następująco:

„Po rozwinięciu paczki znaleziono w niej majtki barchanowe, zapinane na guziki i pasek, połatane na nogawkach, porozrywane w kroczu. Rozdarcie to wielkości dłoni, posiada brzegi nieco nawątlone (przetarte). Od strony „lewej" (od ciała) na materiale w obrębie rozdarcia w kroczu na dużej przestrzeni rozrzucone są b. intensywne różnej wielkości plamy brunatno-czerwone, przeważnie w postaci grubych skrzepów o powierzchni połyskującej. Największe z nich i najgęściej rozmieszczone znajdują się przy brzegach rozdarcia w kroczu, im bardziej ku obwodowi — są znacznie mniejsze, niektóre z nich zamazane, większość jednak posiada wygląd jakby powstałych od rozprysków. Plamy te, jak wspomniano, zajmują dużą przestrzeń, przyczym sięgają aż do paska tylnego. Rozmieszczenie, wielkość i intensywność plam oraz przestrzeń, jaką zajmują, są zupełnie nie charakterystyczne zarówno dla plam krwi, jakie widuje się po menstruacji, jako też i po ewentualnej defloracji".

Po dokładnym zanalizowaniu wyników dochodzenia, a przed przystąpieniem do właściwego badania dowodu rzeczowego, powziąłem podejrzenie, że majtki były umyślnie zabrudzone krwią. Przypuszczenie to, jak widać z przytoczonego poniżej przebiegu badania okazało się zupełnie trafne.

Przy pomocy próby mispektroskopowo-chemicznej wykazano, że plamy na majtkach istotnie pochodzą ze krwi. Przygotowano następnie ze zbadanych plam wyciąg na roztworze fizjologicznym soli kuchennej w celu wykonania próby precypitacyjnej. Po stwierdzeniu w nim obecności białka oraz przy jednoczesnym zastosowaniu kontroli z surowicą krwi ludzkiej i zwierzęcej wykonano próbę precypitacyjną. W probówce zawierającej precypitynę ludzką i wyciąg z plam krwi na majtkach, pierścienia strątu nie uzyskano. Wobec tego jeszcze raz powtórzono tę próbę, jednak wynik był ten sam. Nie ulegało więc wątpliwości, że mamy do czynienia z plamami krwi pochodzenia zwierzęcego. Chodziło te-

raz o to, od jakiego zwierzęcia plamy te pochodzą. Wykonano jeszcze raz próbę precypitacyjną, tym razem jednak użyto precypityny innego pochodzenia, a ponadto surowic strącających białko zwierzęce świni, wołu i kury. Wyciąg z plam krwi na majtkach z precypityną kurzą już po upływie ok. 2 minut dał wyraźny pierścień strątu na granicy płynów, z pozostałymi precypitynami zwierzęcymi i ludzką dał wynik ujemny.– Badanie zakończono następującym orzeczeniem: „Na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzić należy, że plamy krwi, znajdujące się na majtkach, a poddane badaniu ,nie pochodzą od człowieka, lecz od rodzaju kurzego ptaków".

Przytoczony wyżej wynik badania dowodu rzeczowego stał się zupełnie wystarczającym materiałem do umorzenia postępowania karnego względem Y.

WŁ. FELC.

SCHEINBARE NOTZUCHT — HÜHNERBLUT AUF DEN UNTERHOSEN.

Zusammenfassung.

Verfasser berichtet über einen seltsamen Fall, den er kurz darstellt. Es handelte sich um eine falsche Anklage, die durch Präzipitinreaktion endeckt wurde. Ein 16-jähriges Mädchen, Tochter eines Gutshirten, kam auf die Polizei und legte eine Anzeiges ab, dasz es durch einen ihm bekannten jungen Mann, der i demselben Gute im Sommer als Mäher betätigt war, genotzüchtigt wurde. Als Beweis dafür brachte sie blutbefleckte Unterhosen, die etwas zerrissen waren, und ein ärztliches Attest, in dem est hiess, dasz das Mädchen frisch defloriert wurde. Die nachher durchgeführte gerichtsärztliche Untersuchung der Klägerin ergab aber dasz sie geschlechtskrank war und mit der condylomata plana behaftet, der Beschuldigte hingegen erwies sich als ganz gesund und frei von den Erscheinungen dieser Krankheit. Bei dem gerichtlichen Verhör gestand er, dasz er mehrmals mit dem Mädchen geschlechtlich verkehrt hatte, jedesmal aber gab sich ihm das Mädchen freiwillig hin. Nach seinen Angaben sollte dieses Mädchen auch mit anderen Männern den Beischlaf vollzogen haben. — Die Unterhosen wurden durch den Staatsanwalt ins unsere Institut übersandt mit der Frage, ob die Flecke von der Menstruation-oder Deflorationsblut herrühren. Bei Untersuchung mittels Menschenpräzipitinserum fiel die Probe ganz negativ aus. Deswegen benutzten wir tierische Präzipitinsera und dan ergab sich ohne Zweifel, dasz das Blut einem Huhn gehört. Auf Grund dieses Ergebnisses hat die Staatsanwaltschaft das Strafverfahren gegen den jungen Mann eingestellt.

Wiktor GRZYWO-DĄBROWSKI.

POLSKA BIBLIOGRAFIA KRYMINOLOGICZNA, SĄDOWO-LEKARSKA i DZIAŁÓW POKREWNYCH ZA ROK 1936.

Liczby podane po tytułach artykułów odpowiadają liczbom porządkowym pism. Książki umieszczono w odpowiednich działach; litera T oznacza sprawozdanie z posiedzeń naukowych.

1. Apel.
2. Czasopismo Sędziowskie.
3. Czasopismo Sądowo-Lekarskie.
4. Chirurgia Narządów Ruchu.
5. Chowanna.
6. Chirurg Polski.
7. Czasopismo Prawnicze i Ekonomiczne.
8. Doraźna Pomoc Lekarska.
9. Encyklopedia Podręczna Prawa Karnego.
10. Ginekologia Polska.
11. Głos Sądownictwa.
12. Gruźlica.
13. Gazeta Administracji i Policji Państwowej.
14. Gazeta Sądowa Warszawska.
15. Gazeta Lekarska Śląska Polskiego.
16. Gastrologia Polska.
17. Głos Prawa.
18. Higiena Psychiczna.
19. Kronika Dentystyczna.
20. Klinika Oczna.
21. Kronika Warszawy.
22. Kwartalnik Kliniczny.
23. Lekarz Kolejowy.
24. Lekarz Wojskowy.
25. Lekarz Polski.
26. Medycyna.
27. Medycyna Praktyczna.
28. Nowiny Lekarskie.
29. Nowiny Społeczno-Lekarskie.
30. Neurologia Polska.
31. Na posterunku.
32. Przegląd Policyjny.
33. Polska Gazeta Lekarska.
34. Polskie Arch. Med. Wewnętrznej.
35. Praktyka Lekarska.
36. Przegląd Sądowy.
37. Pediatria Polska.
38. Przegląd Więziennictwa Polskiego.
39. Praca i Opieka Społeczna.
40. Polski Przegląd Chirurgiczny.
41. Przegląd Prawa i Administracji.
42. Polska Stomatologia.
43. Przegląd Ubezpieczeń Społecznych.
44. Polski Przegląd Oto-Laryngologiczny.
45. Polski Przegląd Radiologiczny.
46. Przegląd Dermatologiczny.
47. Rocznik Psychiatryczny.
48. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
49. Terapia Nova.
50. Trzeźwość.
51. Warszawskie Czasopismo Lekarskie.
52. Współczesna Myśl Prawnicza.
53. Wileński Przegląd Prawniczy.
54. Wiadomości Farmaceutyczne.
55. Wiadomości Statystyczne.
56. W Służbie Penitencjarnej.
57. Wojskowy Przegląd Prawniczy.
58. Wiedza Lekarska.
59. Zdrowie Publiczne.
60. Zagadnienia Rasy.
61. Życie Dziecka.

Wykaz działów.

1. Zagadnienia Prawne.
2. Kryminologia.
3. Psychologia i psychopatologia sądowa i działy pokrewne.
4. Alkoholizm. Narkomania.

5. Samobójstwo.
6. Więziennictwo.
7. Sprawy zawodowe. Odpowiedzialność lekarzy. Partactwo lecznicze.
8. Orzecznictwo. Niezdolność do pracy. Higiena pracy. Choroby zawodowe.
9. Choroby. Śmierć.
10. Uszkodzenia ciała. Choroby pourazowe. Ciała obce w narządach ciała. Symulacja.
11. Otrucia.
12. Ciąża. Poród. Poronienie. Dzieciobójstwo.
13. Życie płciowe. Choroby weneryczne. Prostytucja. Małżeństwo.
14. Technika kryminalna (badanie dowodów rzeczowych i miejsca przestępstwa, grupy krwi i t. p.).
15. Eugenika. Obezpłodnienie. Dziedziczność.
16. Varia.

I. Zagadnienia prawne.

1. A. K. Racja państwowa przepisów o postępowaniu karnym. 57.
2. Berger. Czas popełnienia czynu przestępnego. II.
3. Bloch. Kodeks pracy. Wyd. 3-ie, str. 835.
4. Bobkowski. Sędzia, ustawa a wymiar kary. II.
5. Bossowski. Nowe kierunki prawa karnego w Niemczech. 48.
6. Bzowski. Ustawowy a sędziowski wymiar kary. 14.
7. Bzowski. Dwie czy trzy instancje w postępowaniu karnym. II.
8. Chutkiewicz. Kto ma utrwalić materiały dla procesu karnego. II.
9. Choynowski. Komentarz do części ogólnej K. K. 1932 r. i t. d. Grudziądz, str. 137.
10. Czerwiński. Wytyczne przy stosowaniu warunkowego zwolnienia i środków zabezpieczających. II.
11. Deresiewicz. Wykonanie kary a Kod. Karny. 52.
12. Ehrlich. Uprawnienie konkubiny do odszkodowania za nieszczęśliwy wypadek. 14.
13. Eimer. Prokurator czy sędzia śledczy? II.
14. Fenichel. Zasady sądownictwa pracy w Polsce i za granicą. II.
15. Fleszyński. Społeczeństwo a wymiar sprawiedliwości. II.
16. Giebl. Organizacja wymiaru sprawiedliwości w Szwecji. 38.
17. Glaser. Zabójstwo na żądanie. Warszawa, str. 89.
18. Glaser. Dookoła apelacji w sprawach karnych. 14.
19. Grzybowski. Granice obrony w procesie karnym. 14.
20. Hefter — zebrał. Orzecznictwo do Kod. Karn., do prawa o wykroczeniach, do przepisów wprowadzających. Warszawa, str. 64.
21. Jasiński. O ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. 25.
22. Kary administracyjne w Polsce. 55.
23. Kodeks Postępowania Karnego. Lwów, str. 231.
24. Kozłowski. O poziomie naszego sądownictwa. 11.
25. Kozłowski. Morskie ustawodawstwo karne. 11.

26. Lubodziecki. Wojskowe przepisy karne w polskiej marynarce wojennej. 11.
27. Łubkowski. Podżeganie i pomocnictwo przy przestępstwach t. zw. indywidualnych. 11.
28. Majewski. Wykroczenia przeciwko bezpieczeństwu i t. p. 31.
29. Majewski. Obrona konieczna. 31.
30. Majewski. Nieumyślne narażenie życia ludzkiego na niebezpieczeństwo. 31.
31. Majewski. Kilka uwag o podstawach oskarżenia i jego treści. 31.
32. Majewski. Postępowanie karne, sądowe i t. p. i udział w nich policji. 31.
33. Majewski. O karze. 31.
34. Majewski. Oskarżyciel publiczny wobec wymiaru kary. 31.
35. Makarewicz. Prawo karne i prawo obywatela. 48.
36. Makarewicz. Kodeks karny z komentarzem. Lwów, str. 528.
37. Makarewicz. Obrona konieczna w stosunku do zaniechania. 11.
38. Makarewicz. Wykładnia kodeksu karnego. 14.
39. Makarewicz. Błąd co do przestępczości działania. 48.
40. Medyński. Czy wymiar kary z uwzględnieniem prewencji ogólnej jest sprzeczny z duchem Kod. Karnego. 11.
41. Mirza-Kryczyński. Organizacja sądownictwa w Egipcie. 11.
42. Muszalski. Kraj który przestaje potrzebować prawników. 11.
43. Nestorowicz. Sądy i sędziowie w Stanach Zjedn. Am. Północnej. 11.
44. Peiper. Komentarz do Kod. Karnego, prawa o wykroczeniach i t. p. Kraków, str. 745.
45. Pisowicz. Prawo o wykroczeniach. 13.
46. Plichta. O klasowym charakterze K. K. w R. S. F. R. 53.
47. Plichta. Rok walki o kadry sądownictwa w Z. S. R. R. 53.
48. R. S. Sądownictwo republiki sowieckiej. 11.
49. R. S. Kara śmierci w Sowietach. 11.
50. Rafacz. Dawne prawo sądowe polskie w zarysie. Warszawa, str. 468.
51. Rappaport. Międzynarodowe prawo karne. 9.
52. Rappaport. Prawo karne międzynarodowe a projekt wstępny Kod. Karnego Republiki San-Marino. 11.
53. Rappaport. Media via prawa karnego polskiego. Warszawa.
54. Sakowicz. Chiński kodeks karny. 11.
55. Schultz. Znaczenie polskiego K. K. dla zwalczania międzynarodowej przestępczości. 32.
56. Sieradzki. Uwagi lekarskie do Kodeksu Zobowiązań. 14.
57. Śliwiński. Proces karny. Część ogólna. Warszawa, str. 328.
58. Śliwowski. Granice obrony w procesie karnym. 52.
59. Śliwowski. Kodeks Karny Polski w opinii obcych. 11.

60. Śliwowski. Czy obrońca z urzędu obowiązany jest złożyć apelację od wyroku uniewinniającego nieletniego w zakładzie poprawczym. Warszawa, str. 12.
61. Sobolewski. Doktryna dowodu formalnego w procesie karnym. 32.
62. Späth. Środki zapobiegające w Kod. Karnym włoskim. 57.
63. Szerer. Kod. Karny a prewencja ogólna. 11.
64. Szerer. Sprawiedliwość. Warszawa, str. 83.
65. Świda. Prawo karne procesowe i więziennictwo. Wilno, str. 159.
66. Świda. Prawo karne Litwy i Łotwy.
67. Taedling. Prawo o sądach pracy. Poznań, str. 67.
68. Truszkowski. Adwokatura radziecka. 53.
69. Wąsowski. Reforma studiów prawniczych. 52.
70. Wirszubski. Częstość deliktów jako kryterium wymiaru kary. 53.
71. Wolter. Ustalenie alternatywne. 48.
72. Wolter. Nullum crimen. 9.
73. Wolter. Nieumyślność. 9.
74. Wolter. Moralna ocena czynu. 9.
75. red. Wróblewski. Ogólna nauka o prawie. Wilno, str. VIII i 405.
76. Wnękiewicz. Alibi. 31.
77. Zawistowski. Uwagi o karach za przestępstwa wojskowe. 57.
78. Zetbe. Nieletni w świetle obowiązujących ustaw w Polsce. 56.
79. Zetbe. Sąd dla nieletnich i jego kompetencja. 56.
80. Zetbe. Historia powstania sądów dla nieletnich. 56.
81. Zubrzycki. Postępowanie karne w sądach grodzkich. Lwów, str. 40.

II. Kryminologia.

(Zwalczanie przestępczości. Przestępczość nieletnich, kazuistyka i t. p.).

1. Altkorn. Ściganie przestępstw samochodowych i motocyklowych. 31.
2. Bednarski. Zarys najważniejszych zasad kryminalistyki. Grudziądz, r. 1935.
3. Borowiczowa. Droga do przestępstwa (nieletni przestępcy). 56.
4. Brodacki. W sali posiedzeń w pogranicznym sądzie. 11.
5. Czerwiński. Państwowy „elektryk“ — wykonawca wyroków śmierci. 11.
6. Daluege. Organizacja policji w Nar.-Socjal. Rzeszy Niemieckiej. 32.
7. Dresler. Cyganie — ich charakterystyka i przestępczość. 31.
8. Duda. Służba policyjna w miastach. 32.
9. E. Ch. Klawisznicy w akcji. 31.
10. Fajer. Jeszcze o sposobach porozumienia się przestępców. 31.
11. Fisch. Niepoprawny przestępca w świetle naszej polityki penitencjarnej. 56.

12. Frank. Znajomość ludności — ważnym czynnikiem przy ujawnianiu przestępców. 31.
13. Gielb. Mali złodziejaszkowie w Studzieńcu i potem. 61.
14. Goździewski. O kradzieży. 32.
15. Gryń. Przestępczość wśród nieletnich. 61.
16. Hanus. Logina w dochodzeniach. 31.
17. Izydorczyk. Rozpraszanie tłumu. 32.
18. Jawidzykówna. Walka z żebractwem i włóczęgostwem na terenie stolicy w r. 1934. 21.
19. K. S. Organizacja policji państwowej w powiatach miejskich. 31.
20. Kozołubski. Charakterystyczne zwyczaje cygańskie. 31.
21. Kulesza. Ewolucja walki z przestępczością w ZSRR. 52.
22. Krzyżanowski. Proces Janosika. Warszawa, str. 40.
23. Locar. Identyfikacja koni a kryminalistyka. 32.
24. Luidorówna. Dziecko nieślubne, uprawnione, adoptowane. 39.
25. Luidorówna. Sytuacja prawna dziecka nieślubnego w Polsce. 61.
26. Łoziński. W obronie posterunku. 32.
27. Majewski. Zwalczanie żebractwa i włóczęgostwa w świetle przepisów prawnych. 31.
28. Miński. Zabójstwo policjanta w budynku urzędu śledczego. 31.
29. Madej. Blaski i cienie służby policyjnej. 32.
30. Mittlener. Walka policji z podpaleniami zbrodniczymi na Pomorzu. 32.
31. Nagler. Sprawozdanie z XII zebr. Międzyn. Komisji Polic. Krym. w Belgradzie. 32.
32. Niektóre przestępstwa zameldowane Policji Państwowej. 55. Str. 120. 400. 540. 672.
33. Niebudek. Przytyk (sprawozdanie z procesu). Warszawa, str. 64.
34. Nowakowski. Kryjówka w ziemi. 31.
35. Potyka. Strajki okupacyjne. 32.
36. R. 50-cie niemieckiej statystyki kryminalnej. 38.
37. R. S. Przestępczość dziecięca w Sowietach. 11.
38. Radzinowicz. Kilka uwag o współczesnych tendencjach polityki kryminalnej. 38.
39. Sakowicz. Epilog Stawiskyady. 11.
40. Sitkowski. Włamania kasowe i walka z nimi. 32.
41. Śliwowski. XI Kongres Karny i Penitencjarny. 38.
42. Śliwowski. Przestępczość w Polsce i jej zwalczanie. 11.
43. Schneikert. Bezrobocie i policyjne środki zaradcze. 32.
44. Szultze. Administrowanie a organizowanie. 32.
45. W Sejmie o wymiarze sprawiedliwości. 11.
46. Tabela zbrodni i występków zest. Z. Hofmokl-Ostrowski. Warszawa.

47. Tregubow. Identyfikacja zabójcy marsylskiego. 32.
48. Walfisz. Miejsce popełnienia czynu. 9.
49. Wasilewski. Przez pryzmat dochodzeń w sprawach porywania dzieci. 32.
50. Zetbe. Przestępczość i walka z nią w dobie powojennej. 56.
51. Zetbe. Pierwsza reakcja na przestępstwo. 56.
52. Zetbe. Karne szeregi wojskowe jako ostatni etap walki z przestępczością nieletnich. 56.
53. Żółtaszek. Metoda badań masowych przestępstw jako zagadnienie taktyczno-kryminalne. 32.
54. Żółtaszek. Uwagi o organizacji oddziałów policyjnych. 32.
55. Żółtaszek. Dyscyplina, autorytet a rozkazodawstwo. 32.
56. Żółtowski. Z zagadnień metodologicznych w kryminologii. 60.

III. Psychologia i psychopatologia sądowa; działy pokrewne.

1. Berger. Czyn i jego istota. Lublin, str. 60.
2. Borowiczowa. Z cyklu: nieletni przestępcy. 38.
3. Bychowski. Neurastenia. 9.
4. Czerwiński. Przestępcy niepoprawni. 13.
5. Czerwiński. Badanie poczytalności na tle przepisów prawa karnego i t. p. 32.
6. Czerwiński. Przestępczość nieletnich. 50.
7. Czerwiński. Ubezwłasnowolnienie z powodu choroby umysłowej a w szczególności na tle alkoholizmu. 50.
8. Elżanowski. O udział biegłych psychologów w ocenie rozeznania nieletnich przestępców. 52.
9. Grabscheid. Higiena psychiczna w poradniach pedologicznych. 51.
10. Hryniewiecka. Stan opieki nad dzieckiem w Czechosłowacji. 18.
11. Protokół posiedzenia sekcji Higieny Psychicznej Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia. 33. Str. 805.
12. Jakobson. Kilka uwag o poradniach wychowawczych. 18.
13. Korzeniowski. O trudnościach stosowania pojęcia „poczytalność zmniejszona". 38.
14. Kuczkowski. Przerażenie jako czynnik dydaktyki. 50.
15. Lichtszajn. Środki zabezpieczające wobec przestępcy o zmniejszonej poczytalności. 14.
16. Laniewski. Starość a przestępstwo. 32.
17. Laniewski. K P. K. w obliczu psychologii kryminalnej. 11.
18. Łuniewski. Niepoczytalność. 9.
19. Macewicz. Psychotechnika jako gałęź wiedzy lekarskiej. 29.
20. Malinowski. Psychiatria w wojsku, jej zadania i cele. 24.

21. Minkowski. Współczesne warunki kulturalno-społeczne a nerwice. 51.
22. Nelken. Higiena psychiczna obrony przeciwgazowej. 25.
23. Nelken. Higiena psychiczna zwalczania alkoholizmu. 60.
24. Nelken. Psychologia w wielkim mieście. 18.
25. Dyskusja nad odczytem Nelkena: Psychologia jako zagadnienie wartości społecznej. 51. T. Str. 539.
26. Nelken i Borkowska-Nelkenowa. Psychiatria jako zagadnienie wartości społecznej. 51.
27. P. H. Psychopatia a przestępczość. 38.
28. Poznyszew. Psychologia kryminalna (typy przestępne). Łódź, str. 175.
29. Przybyłewski. Rozporządzenie ostatniej woli u osób całkowicie ubezwłasnowolnionych. 17.
30. Seelig. Problem typów przestępczych. 38.
31. Stawe. Dziecko bezdomne. 61.
32. Surmacka. Charakterystyka prostytutek warszawskich w świetle ankiety. 60.
33. Szawłowski. Pozbawienie i ograniczenie woli na ziemiach wschodnich Rz. P. 11.
34. Schultze. Psychologia organizatora. 32.
35. Tarnowska. Dziecko nieślubne. 1.
36. Terajewicz. Przypadek sądowo-psychiatryczny. 33. T. Str. 233.
37. Wachholz. Pojęcia medyczne i psychiatryczne w Kod. Zobowiązań. 14.
38. Woytowicz-Grabińska. Nieletni. 9.
39. Wszelaki. Przypadek ciężkiej włośnicy z niezwykłym zespołem psychoneuropatologicznym. 26. T. Str. 87.
40. Zubrzycki. Postępowanie z nieletnimi. 2.

IV. Alkoholizm. Narkomania.

1. Czerwiński. Monopol spirytusowy i kuratoria trzeźwości w Rosji, a towarzystwa walki z alkoholizmem. 50.
2. Czerwiński. Człowiek a narkotyk. 50.
3. Chodźko. Alkoholizm a umieralność mężczyzn. 50.
4. Cyran. Eteromania. 50.
5. Firstenberg. Walka z narkomanią i handlem narkotykami na terenie sądowym. Wyd. 2-e. Warszawa, str. 60.
6. Firstenberg. Narkotyki jako źródło i przedmiot przestępstwa. 9.
7. Grzywo-Dąbrowski. Narkotyki. 9.
8. Higier. Ocena książki Firstenberga a walka z narkomanią i t. d. 51. Str. 345.

9. Kaczanowski. Walka z alkoholizmem w Szwajcarii. 50.
10. Konferencja w sprawie eteromanii. 50.
11. Konorski i Miller. Działanie alkoholu na korę mózgową z p. widz. fizjologii. 50.
12. Łuniewski . Narkomania. 9.
13. Łuniewski. Morfinizm. 9.
14. Michałowicz. O różnorodność walki z alkoholizmem. 50.
15. Nałęcz-Szymańska. Z dziejów obyczaju w Polsce. 50.
16. Nocznicki. Z moich przeżyć alkoholowych. 50.
17. Nocznicki. W niezmiernie ważnej sprawie (przemyt alkoholu i t. p.). 50.
18. Nocznicki. Chłopi społecznicy w walce z alkoholizmem. 50.
19. Młodzież wiejska a alkohol. 50.
20. Pieńkowski. Życie uczuciowo-popędowe jako dźwignia w walce z alkoholizmem. 50.
21. Płuciński. Na tropie międzynarodowej bandy przemytu narkotyków. 31.
22. Rambauer. Współczesny stan opieki nad alkoholikami w Szwajcarii. 18.
23. Rżewski. Alkoholizm a problem obrony kraju. 50.
24. Skiba. Nektary. 50.
25. Skiba. Propaganda przeciwalkoholowa abstynenckiej Ligi Kolejowców. 50.
26. Sokołowska. Z frontu walki z narkotykami. 50.
27. Sopoćko. Alkoholizm a moralność. 50.
28. Strzelecki. Postęp walki z nielegalną produkcją i obrotem narkotykami. 31.
29. Szulc. Alkoholizm w rysunkach. 50.
30. Szymański. Alkoholizm i przestępczość. 50.
31. Szymański. Abstynencja czy umiarkowanie. 50.
32. Wiendlocha. Zagadnienie eteromanii. 50.

V. Samobójstwo.

1. Grzywo-Dąbrowska. Samobójstwo wspólne oraz zabójstwo z samobójstwem połączone. 18.
2. Grzywo-Dąbrowski. Przyczynek do statystyki samobójstw w r. 1935. Samobójstwo w Warszawie. Krakowie i Poznaniu. 3.
3. Grzywo-Dąbrowski. Zabójstwo czy samobójstwo? Śmierć na skutek postrzału oraz w następstwie ran ciętych, kłutych i rąbanych. 32.
4. Gwidon. Zabójstwo czy samobójstwo. 32.
5. Lewiński. Śmiertelne samobójcze zatrucie oksycjankiem rtęci. 3.
6. Madey. Samobójstwa na prowincji. 3.

7. Makowiec. Niezwykły przypadek samobójstwa. 3; 28.
8. Obarski. Samobójstwa przez zadanie ran ciętych i kłutych w Warszawie w/g danych Warsz. Pogotowia Ratunkowego w r. 1934. 8.
9. Olbrycht. Przyczynek do zagadnienia: zbrodnia, samobójstwo czy wypadek. 33.
10. Samobójstwa (statystyka). 55. Str. 275.
11. Sierosławski. Zmiany anatomiczne i mechaniczne w śmierci z powieszenia. Kraków, str. 46.
12. Wilczyński. Niezwykła droga wprowadzenia sublimatu (zastrzyknięcie) użytego w celu samobójstwa. 8. Str. 100.

VI. Więziennictwo.

1. Bursch. Służba w koloniach rolniczych. 56.
2. Czerwiński. Domy i kolonie przejściowe dla zwolnionych więźniów. 11.
3. Eimer. Patronat w służbie wymiaru sprawiedliwości. 11.
4. Fisch. Więźniowie a ubezpieczenie społeczne. 38.
5. Grzywo-Dąbrowska. Ocena pracy Fishmana: Zagadnienie płci w więzieniu. 51. Str. 108.
6. Haytler. O podstawy nauki w więziennictwie. Warszawa, str. 16.
7. Jabłoński. Rejestracja skazanych. 11.
8. J. K. ks. Jak trafić do duszy więźnia. 56.
9. Krychowski. Polski system penitencjarny. 38.
10. Lichtenstein. O środkach bezpieczeństwa w więziennych szpitalach dla psych. i nerw. chorych więźniów. 56.
11. Lichtenstein. O leczeniu pracą w Okr. Szpitalu dla psych. i nerw. chorych więźniów w Drohobyczu. 56.
12. Madey. Opieka nad więźniem., 11.
13. Matysiak. O nowe warsztaty pracy dla więźniów. 32.
14. Orłowski. Penitencjarne kolonie rolnicze. 56.
15. Przytulski. Represja i wychowanie w systemie penitencjarnym. 36.
16. Radzinowicz. Zagadnienie kar dyscyplinarnych w nowoczesnym ustroju więziennym. 38.
17. Radzinowicz. Penitencjarne kolonie rolnicze w Polsce. 11.
18. Selzer. Zakład wychowawczy w Keiser-Ebersdorf i t. d. 38.
19. Śliwowski. Więzienna wyspa. 56.
20. Sokalski. Więziennictwo w Stanach Zjednoczonych. 38.
21. Sokołowski. Więzienie-szkoła. 38.
22. St. S. Na dzień 11.XI.1936 r. (o koloniach rolniczych). 56.
23. St. S. Karne Ruchome Ośrodki Pracy. 56.
24. Szpakowski. Z psychologii przeżyć więziennych. 38.
25. Szpakowski. Inspekcyjny lekarz więzienny. 38.

26. Strube. Opieka nad więźniami w Niemczech. 38.
27. Świda. Zakład dla niepoprawnych w praktyce sądów polskich. 11.
28. Z więzień i zakładów dla nieletnich. 38.
29. Zetbe. Zakłady dla nieletnich w Polsce. 56.
30. Zetbe. W służbie penitencjarnej. 56.
31. Zetbe. Więzienia a kolonie rolnicze. 56.
32. Zetbe. Republika dziecięca. 56.

VII. Sprawy zawodowe. Odpowiedzialność lekarzy. Partactwo lecznicze.

1. Bloch. Prawo lekarskie. Kraków, str. 249.
2. Epler. Zagadnienie analityków w Polsce. 29.
3. Grundzach. O pewnych błędach rozpoznawczych i leczniczych w schorzeniach narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej. 16.
4. Kodeks Deontologii Lekarskiej. Warszawa, str. 31.
5. K. O autorytet prawa (o fryzjerach, praktyce dentystycznej i t. p.). 19.
6. Likowski. Nadzór nad pomocą leczniczą dla pracowników rolnych w wojew. poznańskim i pomorskim a lekarz powiatowy. 59.
7. Magnuszewska. Przyczynek do badań nad szarlatanizmem. 51.
8. Mączewski. Położna w organizacji opieki społecznej. 33.
9. Niebrój. Ważniejsze prawa i obowiązki lekarza w świetle ustawodawstwa prawno-publicznego. 29.
10. Nowodworski. W sprawie kodeksu etyki adwokackiej. 14.
11. Określenie pojęcia mała chirurgia. 29.
12. Prökl i Kowalczewski. Polskie prawo sanitarne. T. II. Warszawa.
13. Salak. Położne, babki i położnice. 59.
14. Słoński. Czy ubezpieczalnie społeczne ponoszą odpowiedzialność cywilną za czyny swych lekarzy. 43.
15. Wiecki. O zwalczaniu znachorstwa. 29.
16. Wilner. Odpowiedzialność karna lekarzy i aptekarzy z ustawy opiumowej. Str. 28.
17. Wyrwicki. W sprawie unikania lekarskich pomyłek w położnictwie. 28.
18. Zembrzuski. Geneza etyki ogólnej i kilka myśli z dziedziny etyki lekarskiej. 25.

VIII. Orzecznictwo. Niezdolność do pracy. Higiena pracy, Choroby zawodowe i paurazowe.

1. Bichler. W sprawie ochrony pracy w kolejnictwie ze względu na elektryfikację. 23.
2. Boczkowski. Społeczne znaczenie chorób kobiecych i ich stosunek do świadczeń ubezpieczeniowych i t. p. 27.

3. Boryczko. Lekarz oskarżony w karnym postępowaniu sądowym. 28. T. str. 687.
4. Cwojdzińska. Urządzenia sanitarne w kopalniach węgla. Warszawa, str. 55.
5. Czerwiński. Rola biegłego w procesie karnym. 11.
6. Czerwiński. Ekspertyza sądowa w sprawach z art. 214 KK. 13.
7. Dżułyński. O przepuklinach w następstwie wypadku przy pracy. 3.
8. Erlichówna i Festensztat. O błędach rozpoznawczych w chorobach wieku dziecięcego. Warszawa, str. 127.
9. Hesser. Rola lekarza hygienisty w hutnictwie cynku. 15.
10. Hozer. W sprawie organizacji dochodzeń oraz statystyki zapobiegawczej wypadków i chorób zawodowych. 23.
11. Hozer. Bezpieczeństwo i higienia pracy na Zjeździe Inżynierów P. K. P. 23.
12. Hozer. Higiena i bezpieczeństwo malowania natryskowego w przemyśle i kolejnictwie. 23.
13. Jankowski. Ocena stopnia niezdolności zarobkowej wskutek wypadków. Wyd. 5-e. Kraków, str. 19.
14. Kozaniewicz. Orzeczenia sądowo - lekarskie w uszkodzeniach ciała. 35.
15. Krahelska, Kirstowa, Wolski. Ze wspomnień inspektora pracy. Warszawa. 2 tomy, str. 414 i 270.
16. Kuszner. Służba bezpieczeństwa pracy w fabryce i warsztacie. Warszawa, str. 80.
17. Kalendarz Polski Lekarski. 1936 r. Sekcja sądowo-lekarska.
18. Melanowski. Ochrona narządu wzroku przy pracy. 24.
19. Mierzecki. Znaki zawodowe pracy. 46.
20. Muszkatenblat. Zatrucia i choroby zawodowe w świetle higieny i bezpieczeństwa pracy. 59.
21. Niedźwiński. Higiena spawaczy w parkach lotniczych. 24.
22. Nowakowski. Rola państwowej służby zdrowia w nadzorze nad higieną pracy. 59.
23. Nowakowski. Organizacja pierwszej pomocy w zakładach pracy. Warszawa, str. 131.
24. Puławski. Nowsze zagadnienia bezpieczeństwa pracy. 39.
25. Rudzińska. Polskie druki i artykuły w zakresie higieny i bezpieczeństwa pracy do r. 1935. Część ogólna. Warszawa, str. 136.
26. Rudziński. Uwagi o orzecznictwie inwalidzkim w ubezpieczeniach społecznych. Warszawa, str. 61.
27. Salak. Z higieny chałupnictwa i półchałupnictwa. 59.
28. Siwiński. Cele i zadania komisji do badania młodocianych robotników zatrudnionych w przemyśle łódzkim. 37.

29. Spitzer. Wytyczne oznaczania zdolności do pracy w gruźlicy płuc. 43.
30. St. S. Drugi międzynarodowy kongres rzeczoznawców ubezp. społecznych w Dreznie. 43.
31. Telatycki. Zagadnienie orzecznictwa wojskowo-lekarskiego w odniesieniu do chorych na gruźlicę płuc wojskowych zawodowych. 24.
32. Wacek. Ocena wartości oka dla służby wojskowej w armiach obcych. 24.
33. Waligórski. Spostrzeżenia dotyczące schorzeń oczu na podstawie materiału poborowego O. K. VII. 24.
34. Wojnarowski. Błędy orzecznictwa. 43.
35. Zembrzuski. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe z p. widz. medycyny i orzecznictwa lekarskiego. 25.

IX. a) Choroby. b) Śmierć.

A) Choroby:

1. Butkiewicz. Ostre schorzenie trzustki. 33. T. str. 39.
2. Ciombor. Tamowanie krwotoków z jamy ustnej. 8.
3. Chodkowski. Anatomia patologiczna niektórych schorzeń trzustki. 33. T. Str. 38.
4. Choróbski. Krwiak podtwardówkowy i jego leczenie. 6.
5. Chrzanowski. Przypadek ostrego zaniku trzustki. 33. T. Str. 729.
6. Danielewicz. O ropniach mózgowych i móżdżkowych pochodzenia usznego za r. 1935. 33.
7. Dering-Ossowska. Odma samoistna międzypłatowa u dzieci. 45.
8. Flis. Przyczynek do zjawisk wstrząsowych w leczeniu surowicami. 26.
9. Flis i Werkenthinówna. Przypadek przepukliny przeponowej. 33. T. Str. 93.
10. Glass. Obfite krwawienie operacyjne bez objawów utajonej skazy krwotocznej. 26. T. Str. 542.
11. Górny. Zmiany starcze w paznokciu. 28. T. Str. 229.
12. Handelsman. Nagminne zapalenie mózgu. 9.
13. Herman. Trwałe kurczowe porażenie kończyn dolnych po znieczuleniu lędźwiowym. 30. T. Str. 165.
14. Hipp. Przypadek skrętu sieci u dziecka w wolnej jamie brzusznej. 40.
15. Jakubowicz. Przepuklina śródpiersiowa. 12.
16. Karbowski. Z kazuistyki krwotoków nosowych, zagrażających życiu. 51.
17. Krzemiński. Patogeneza i klinika wągrzycy ośrodkowego układu nerwowego. 26.

18. Kuligowski. Krwotok podpajęczynówkowy u 19-ej dziewczyny powtarzający się kilkakrotnie w ciągu l. 9. 33. T. Str. 37.
19. Manteufell-Szoege. Istota posocznicy. 40.
20. Mężyński. Przypadek ropnicy powikłanej wewnętrznym ropnym obustronnym zapaleniem gałek ocznych. 10.
21. Michałowicz . Rozpiętość błędów w rozpoznawaniu chorób dziecięcych. 28.
22. Niemyski. Zawał mięśnia sercowego ze stanowiska klinicznego i wojskowo-lekarskiego. 24.
23. Raciążek. Przyp. samoistnej przepukliny płucnej. 51.
24. Rasolt i Rowiński. Niezwykłe stwardnienie tętnicy głównej u młodego osobnika. 33.
25. Schwarzbart. Zwężenia przełyku i ich leczenie. 58.
26. Stiller. Patogeneza migotania przedsionków. 51.
27. Świder. Padaczka zwana samoistną, jej stosunek do padaczki organicznej i t. p. 51.
28. Trawiński. Ropnie trzustki. 40.
29. Walęcka. Wady rozwojowe serca i naczyń. 33. T. Str. 749; 28. T. Str. 436.
30. Warmbrun. Skręt esicy. 40.
31. Wilanowicz. Ostre wgłobienie jelit u niemowląt. 40.

B) Śmierć.

1. Baranowski. Kilka uwag o wpływie czynników atmosferycznych na częstość zgonów i czy można mówić o t. zw. godzinie śmierci. 33.
2. Biedrzycki. Prawo do śmierci. 52.
3. Binet. O przywracaniu do życia. 51.
4. Dyskusja nad odczytem Gełbfisza. Migotanie komór jako przyczyna nagłej śmierci. 51. T. Str. 263.
5. Fels. Mors et ars moriendi. 33.
6. Manczarski. Przyp. nagłej śmierci w kilka godzin po uwięźnięciu ciała obcego w przełyku. 25.
7. Manczarski. Ciało obce w przełyku, śmierć w wannie. 51. T. Str. 166. 33. T. Str. 749. 26. T. Str. 84. 28. T. Str. 435.
8. Pieczarkowski. Rzekomo zbrodnicze przypadki śmierci naturalnej. 32.
9. Wagner. Sprawa duńsko-wolska. Na kanwie poszukiwań zaginionych chłopców. 32.
10. Polski Kalendarz Lekarski. 1926 r. Znamiona śmierci gwałtownej.

X. Uszkodzenia ciała. Choroby pourazowe. Ciała obce w narządach ciała. Symulacja.

1. Bincer. Z dziedziny urazów pośrednich serca. 15.
2. Biro. Urazy kręgosłupa a zaburzenia w układzie nerwowym. 51.
3. Bong. Złamania marszowe kości śródstopia. 45.
4. Borusiewicz. Oderwanie kolca kości biodrowej. 4.
5. Burda. Przyp. samoistnego pęknięcia serca. 28. T. Str. 432. 51. T. Str. 759.
6. Ciszkiewicz. Złamanie kości ramieniowej przy rzutach granatem. 24.
7. Choróbski. Ostre urazy czaszkowo-mózgowe. 24.
8. Chodkowska. Przyp. pęknięcia tętnicy głównej u 11-go chłopca. 37.
9. Danielewicz. O usuwaniu ciał obcych gładkich z przełyku. 33.
10. Engelman. Samouszkodzenia ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Wilno, str. 36.
11. Gelbardówna i Kuligowski. Przyp. padaczki urazowej i t. d. 30.
12. Godlewski. Z kazuistyki ciał obcych w przełyku. 44.
13. Godlewski. Przyp. ciała obcego w oskrzelu z zejściem śmiertelnym wskutek powikłań w miąższu płucnym. 26. T. Str. 193.
14. Grzędzielski. Ochrona oczu przed energią promienistą. 33.
15. Grzędzielski. Przyczynek do kazuistyki ciał obcych i dwie rzęsy w rogówce. 20.
16. Grzeżułko. O częstości urazów w lotnictwie szybowcowym. 24.
17. Herman i Zeldowicz. Urazowe uszkodzenie zakrętów mózgowych i t. d. 30. T. Str. 145.
18. Higier. Przyp. porażenia n. łokciowego stopniowo rozwijającego się po zapomnianym urazie. 51. T. Str. 506.
19. Hurwicz. Przypadek samoistnego pęknięcia śledziony. 3.
20. Irlich. Ciała obce w drogach oddechowych. 12 (1935).
21. Jabłońska. Torbiele urazowe twardówki. 20.
22. Kalina. Postępy diagnostyki urazów stawu kolanowego. 6.
23. Kiciński. Klinika lekkich uszkodzeń trzustki. 49.
24. Klebanowski. Przypadek ciężkiego porażenia prądem elektrycznym. 40.
25. Kohan. Ciała obce przewodu pokarmowego. 40.
26. Kossakowski. Przypadek ciężkiego okaleczenia dziecka przez świnię. 40.
27. Kossakowski. Urazy brzucha w wieku dziecięcym. 40.
28. Kukliński. Czynniki anatomiczne i mechaniczne w złamaniach wyrostków poprzecznych kręgów lędźwiowych. 4.
29. Laskiewicz. Przyczynek do zwężeń bliznowatych tchawicy i oskrzeli. 44.

30. Lewande. Przypadek ropnia powieki w miesiąc po uderzeniu wędką. 33. T. Str. 427.
31. Łapiński. Urazy kręgosłupa i rdzenia. 40.
32. Macewicz. Wypadki lotnicze w świetle cyfr. 24.
33. Machniewicz. Urazowy krwotok podpajęczynówkowy. 24.
34. Małuj. Symulacja głuchoty. 28. T. Str. 101.
35. Manczarski. Dwa nowe przypadki pocisków zatorowych. 3.
36. Manczarski. Kule wędrujące. 51. T. Str. 166. 33. T. Str. 749.
37. Manczarski. Ognisko rozmiękczynowe w mózgu w następstwie zakrzepu po postrzale. 25.
38. Markiewicz. O t. zw. późnym uszkodzeniu mózgu po naświetlaniu promieniami Roentgena. 51.
39. Melanowski. Zagadnienie wydobycia ciał obcych z oka. 27.
40. Miodoński. Zwężenie krtani i tchawicy. 44.
41. Miodoński. Przyczynek do wykrywania symulacji jednostronnego upośledzenia słuchu przy pomocy audiometru. 33. T. Str. 610. 28. T. Str. 322.
42. Obarski. Przejechania w Warszawie w r. 1934 w świetle statystyki Warsz. Pogotowia Ratunkowego. 8.
43. Okołów-Hrynkiewiczowa. Urazy narządu wzroku u dzieci. 20; 51. T. Str. 778.
44. Ostrowska, Piętnikówna i Grzeszak. Przyp. ciała obcego w żołądku (trichobezoar). 26. T. Str. 386.
45. Ostrowska i Piętnikówna. Przyp. kamienia włosianego (trichobezoar) w żołądku. 16.
46. Oszacki. Pęknięcie ściany lewej komory serca na tle zawału. 33. T. Str. 880.
47. Oszacki. Przyp. coronariitis z następ. zakrzepem, zawałem i pęknięciem mięśnia sercowego. 33.
48. Parczewski. Późne objawy mózgowe w związku z raną postrzałową czaszki przed 20 laty. 33. T. Str. 879.; 28. T. Str. 324; 51. T. Str. 636.
49. Parczewski. Przypadek tężca po skaleczeniu się w kolano. 51. T. Str. 219.
50. Puchowski Czy rana postrzałowa czaszki? 3.
51. Raczyńska. Przyp. z pourazowymi objawami nerwowymi. 28. T. Str. 36.
52. Raczyński-Woliński. Następstwa urazowe czaszki u personelu latającego. 24.
53. Reicher. Niezwykły przypadek ciała obcego w okolicy oka. 20.
54. Robinson. Rzekomy czasowy uchyłek przełyku na tle urazu. 33.
55. Sarnaker. Ciała obce przyczyną zapalenia wyrostka robaczkowego. 40.

56. Schwarzbart. Zwężenie krtani i tchawicy i ich leczenie. 44.
57. Sieńkowski. Przyp. przepuszczającego wodogłowia wewnętrznego po urazie. 26.
58. Sowiakowski. Operacyjne usunięcie pocisku z mięśnia sercowego. 33.
59. Sowiakowski. Dwa przypadki pęknięcia pęcherzyka żółciowego. 40.
60. Syrota. Zespół akinetyczno-hypertoniczny po postrzale mózgu. 26.
61. Swietłow. Nerwica pourazowa i jej miejsce w współczesnej neurologii. 33.
62. Szenicer. Przypadek postrzału brzucha. 26. T. Str. 663.
63. Tencer. O ciałach obcych w nosie. 58.
64. Wąsowski. O odmrożeniu. 8.
65. Wąsowski. Przyp. obcego ciała w przełyku u chorego umysłowo. 33. T. Str. 883.
66. Wołyński. Meningocele pochodzenia urazowego. 33; 33. T. Str. 920.
67. Zalewski. Symulacja chorób chirurgicznych w związku ze służbą wojskową. 24.
68. Żebrowski. O krwotokach po tonsilotomii. 26.

XI. Otrucia.

1. Bem. Przyp. zmian w mięśniu sercowym po zatruciu sublimatem. 33. T. Str. 730.
2. Bielas. O uśpieniu evipanowem. 28.
3. Boguszewska. Niebezpieczeństwa przewlekłego działania tlenku węgla. 51.
4. Ciombor. Dwa przypadki otrucia kw. solnym. 26. T. Str. 444.
5. Dadlez i Koskowski. Uwagi w sprawie kwalifikacji gazów bojowych. 54.
6. Dawidowicz. Przyp. martwicy kończyny dolnej po zatruciu sublimatem. 33. T. Str. 730.
7. Dekański. Segregacja zagazowanych i chorych. 24.
8. Encyklopedia Farmaceutyczna. T. I. Poznań.
9. Felc. Zatrucie barem. 3.
10. Förster. Badania doświadczalne nad zachowaniem się ciężaru gatunkowego narządów królika w niektórych zatruciach ostrych. Wilno, str. 16.
11. Franke. O uśpieniu za pomocą evipan-natrium. 33. T. Str. 729.
12. Frendlerowa. Przyp. śmiertelnego zatrucia weronalem. 26. T. Str. 89.
13. Gelbfisz. Spostrzeżenia kliniczne nad perparyną. 51.

14. Gnoiński. O histochemicznym wykrywaniu talu w niektórych tkankach i narządach. 3.
15. Hofbauer. Z badań nad jadem kobry. Wilno, str. 19.
16. Hurwicz. O ostrym zatruciu chlorkiem cynku. 3.
17. Jakubkiewicz. Botulinus i zatrucie toksynami botulinowymi. 51.
18. Konar. Przyp. uratowania zatrutego cjankiem potasu. 33. T. Str. 36.
19. Koskowski. Compedium farmaceutyczne. Warszawa, str. 229.
20. Kozubowski. O uśpieniu eterem doodbytniczym. 33. T. Str. 806.
21. Landau i Paradistal. Przyp. zaburzeń oponowych i neurytycznych w następstwie leczenia arsenem. 26. T. Str. 381.
22. Mąka. Stany zapaści po hipofizynie. 26. T. Str. 194.
23. Neuman. Przyp. zaniewidzenia na tle ołowicy. 20.
24. Olbrycht i Baranowski. O otruciu talem. 3.
25. Olbrycht i Robel. Cztery ekspertyzy toksykologiczne. 3.
26. Piróg. Wypadek zbiorowego zatrucia gazem świetlnym. 8.
27. Pyka. Pokaz przypadku zbliznowacenia przełyku i marskości żołądka po zatruciu kwasem solnym. 26. T. Str. 444.
28. Podkomorski. Niesamowite leczenie kiły, czyli b. ciężkie uszkodzenie rtęciowe. 27.
29. Puszet. Otrucie kwasem solnym. 26. T. Str. 508.
30. Radzymiński. Znieczulenie miejscowe polocainą w rynolaryngologii. 28.
31. Sachsówna. Objawy toksyczne dożylnej terapii wapniowej. 49.
32. Schilling-Siengalewicz i Puchowski. Wykrywanie tlenku węgla we krwi przy pomocy fotografii w podczerwieni. 3.
33. Schwarz. Uśpienie dożylne przy pomocy Evipan Natrium etc. 33.
34. Sterling, Prussak, Wolff. Objaw Meesa etc. 30. T. Str. 160.
35. Sterling i Stein. Postać poronna przewlekłego zatrucia tlenkiem węgla. 30. T. Str. 45.
36. Stiller. Przypadek zatrucia atofanem. 33. T. Str. 730.
37. Supniewski. Podręcznik farmakologii. Wyd. 2-e. Warsz., str. 569.
38. Supniewski. Podręcznik receptury. Warsz., str. 113.
39. Tomaszewski. Zmiany elektrokardiograficzne w zatruciu naparstnicą. 51. T. Str. 236.
40. Uryson. Przypadek zatrucia pokarmowego ze zmianami w wątrobie i trzustce. 16.
41. Walęcka. Wypadkowe zatrucie kwasem siarkowym. 3.
42. Witkowski. Przypadek śmiertelnego zatrucia chininą, zażytą celem wywołania poronienia etc. 33. T. Str. 310.
43. Zatrucia. Polski Kalendarz Lekarski, r. 1936.

XII. Ciąża. Poród. Poronienie. Płody i noworodki.

1. Bajoński. Porażenie nerwu strzałkowego w związku z ciążą i porodem. 10.
2. Bajoński. Ciąża a nędza mieszkaniowa. 10.
3. Birenbaum, Goldstein i Przeworski. Pęknięcie macicy u chorej z guzem rdzenia i t. d. 30.
4. Brighton. Nowoczesne metody zapobiegania ciąży. Warszawa, str. 144.
5. Bocheński. Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologii. 10.
6. Eimer. Życie płodu jako warunek karalności spędzenia płodu. 11.
7. Fogelson. Noworodki martwe z porodów wielorakich. 59.
8. Garbień. Zbliznowacenie ujścia wewnętrznego macicy z następn. zarośnięciem po wyłeżyczkowaniu macicy. 15.
9. Kaszube. Przyp. samoistnego pęknięcia macicy z powodu zwyrodnienia szklistego mięśnia macicznego. 28.
10. Kossakowski. Z dziedziny urazów głowy u noworodków. 6.
11. Kozubowski. Dwa niepowszednie przypadki pęknięcia macicy. 33. T. Str. 234.
12. Lenczowski. Częstość zakrzepów i zatorów w położnictwie i ginekologii w materiale Kliniki Lwowskiej. 33.
13. Łokczewski. W sprawie samoistnego pęknięcia macicy w okresie ciąży. 33. T. Str. 37.
14. Ostrowski. Idealny środek zapobiegania ciąży. Warszawa, str. 64.
15. Perl. Przypadek wstrząsu porodowego. 10.
16. Przeworski. Obustronny brak nerek, moczowodów, naczyń nerkowych oraz pęcherza u noworodka. 10.
17. Puzyrewicz. Missed abortion. 27.
18. Rozenblatt. Nowa próba chemiczna Vischera i Bowmana rozpoznawania ciąży wczesnej. 51.
19. Ryll-Nardzewska. Dwa rzadkie przypadki ogólnego zakażenia noworodków, których matki przebyły anginę. 10.
20. Serini. Śmiertelność po operacjach położniczych na zasadzie piśmiennictwa ostatniego 10-lecia. 10.
21. Szapiro-Aronowska. Kilka uwag o pęknięciu macicy. 33. T. Str. 235.
22. Skąpska. Badanie nad znaczeniem odczynu źrenicznego w rozpoznawaniu ciąży. 20.
23. Stöckl, Szygowski. Ciąża przenoszona. 28. T. Str. 102.
24. Schneikert. Ustalenie tożsamości noworodków. 32.
25. Szygowski. Ciąża przenoszona. 10.
26. Szwedowski. Ciąża i gruźlica płuc. 33. T. Str. 786.

27. Światłowski. O uszkodzeniach ucha wewnętrznego wskutek urazu porodowego. 35.
28. Turyna. Wartość praktyczna odczynu biologicznego na ciążę Friedmana. 28.
29. Zeynald. Wole wrodzone u noworodka. 33. T. Str. 305.

XIII. 1) Życie płciowe. Choroby weneryczne. Prostytucja. 2) Małżeństwo.

1. Borkowski. Prawodawstwo dotyczące nierządu i domów publicznych w krajach europejskich. 32.
2. Broon. Niemoc płciowa u mężczyzn i kobiet. Warszawa, str. 205.
3. Drucker. Przyp. zgorzeli skóry prącia i worka mosznowego. 40.
4. Eksner. Życie seksualne i życie miłosne mężczyzny. Warszawa, str. 48.
5. Grzywo-Dąbrowski. Obojnactwo. 9.
6. Grzywo-Dąbrowski. Nierząd. 9.
7. Grzywo-Dąbrowski. Przestępstwa w związku z zaspokojeniem popędu płciowego w/g kodeksów karnych polskiego, ZSSR, włoskiego i łotewskiego. 48.
8. Halasiński. Laesio vaginae sub coitu. 28.
9. Horoszowski. Nierząd. 9.
10. Kętrzyńska. W sprawie systemów zwalczania prostytucji. 32.
11. Kwazebart. Rzeżączka u kobiet. 60.
12. Lobacz. Dodatni wpływ usunięcia wyrostka robaczkowego na niemoc płciową u mężczyzn. 27.
13. Nowakowski. Niebezpieczeństwo zarazy wenerycznej w świetle ankiety 1925 i 1933 r. 60.
14. Okęcki. Walka z pornografią w Polsce. 32.
15. Parey. Zwalczanie prostytucji w Bremie i uwagi do tego artykułu S. Paleolog. 32.
16. Parczewski. Życie płciowe kobiet. Warszawa, str. 24.
17. Petrusiewiczowa. Dyspareunia czyli brak orgazmu u kobiet. 10.
18. Reicher. Zmiany wegetatywno-dokrewne w okresie dojrzewania. 51. T. Str. 348.
19. Sterling. Zagadnienie t. zw. climacterium virile. 51.
20. Zajdlicz. Odkrycie dr. Ogino. Rozwiązanie regulacji urodzeń ze stanowiska katolickiego. Poznań, str. 50.
21. Zienkiewicz. Zarośnięcie napletka. 33.

2) Małżeństwo.

1. Bensch. Wpływ chorób umysłowych na ważność umowy małżeńskiej w prawie kanonicznym. Warszawa, str. 310.

2. Bober. Pojęcie tajnej przeszkody małżeńskiej w prawie kanonicznym. Lublin, str. 284.
3. Brasse. Procedura kanonicznego procesu małżeńskiego. 14.
4. Czerwiński. Problem unifikacji osobowego prawa małżeńskiego w Polsce. 2.
5. Grądzki. Małżeństwo w świetle prawa i życia. Warszawa, str. 275.
6. Gurewicz i Grosser. Małżeństwo współczesne. Warszawa, str. 334.
7. Holewiński. W setną rocznicę prawa małżeńskiego. 14.
8. Marski. Małżeństwo wierne naturze. Poznań, str. 31.
9. M. B. Małżeństwo. 9.
10. Mystkowski. Prawa małżeńskie w konkordatach. Str. 48.
11. Papierkowski. Sąd karny a kwestia nieważności małżeństwa. 2.
12. Poznański. Cudzołóstwo jako przyczyna rozwiązania małżeńswa. 52.
13. Poznański. Zniewaga jako przyczyna rozwiązania małżeństwa. 52.
14. Wachholz. Z rozważań lekarza znawcy nad prawem małżeńskim. 7.
15. Wołyński. Sowieckie prawo małżeńskie w teorii i praktyce. 11.

XIV. Technika kryminalna (badanie dowodów rzeczowych i miejsca przestępstwa, grupy krwi i t. p.).

1. Biardzki. Obserwacja w obrębie dworca kolejowego. 31.
2. Błocki. Nowoczesne poglądy na wykorzystanie psa w służbie policyjnej. 32.
3. Błocki. Psychologiczne podstawy tresury psa. 32.
4. Brylak. Jak należy informować o strajkach, terrorze strajkowym i zgromadzeniach. 31.
5. Chmaj. Znaczenie powtórnych oględzin miejsca przestępstwa. 31.
6. Grimm. Pies w służbie śledczej. 31.
7. Hirszfeld. O wykorzystaniu grup krwi dla badań kryminologicznych. 3.
8. Jakubiec. W obronie daktyloskopii. 32.
9. Jakubiec. Zasadnicze wiadomości z techniki rozpoznawczej linii papilarnych. 32.
10. Janowski. Użycie psa policyjnego w dochodzeniu przestępstw. 31.
11. Komar. Umiejętność wykorzystania pracy węchowej psa. 31.
12. Lewiński. Ocena użyteczności badania cech grupowych dla kryminalistyki. 3.
13. Makowiec. Przyczynek do badań śladów krwawych. 3.
14. Manczarski i Neuman. O zastosowaniu fotografii w podczerwieni przy badaniu cech strzału z bliska na ubraniu. 3.
15. Missol. Pokaz barwnych zdjęć fotograficznych z Zakładu Med. Sądowej. 33. T. Str. 191.
16. Popielski. O nowszych badaniach nad grupami krwi. 33. T. Str. 139.

17. Popielski. Wartość drobnowidzowego badania wątroby w rozpoznawaniu śmierci z utonięcia. 33.
18. Popielski. Rozmieszczenie grup krwi u mieszkańców Lwowa i województw południowo-wschodnich. 42.
19. Przybyłkiewicz. Badania nad wykazywaniem przynależności gatunkowej kału. 3.
20. Sobolewski. Identyfikacja łusek i pocisków z krótkiej broni palnej do celów sądowych. 32.
21. Sobolewski. Przyczynek do techniki odlewu śladów stóp. 32.
22. Strassmann. Scotland Yard. 32.
23. Świda. Ustalenie ojcowstwa. 52.
24. W. J. M. Zastosowanie nauki o grupach krwi w sądownictwie. 11.
25. Żółtaszek. Rozważania wstępne do taktyki policyjnej. 32.

XV. Eugenika. Obezpłodnienie. Dziedziczność.

1. Bailliart i Biesiekierska. Przypadek zaćmy podczas pierwszej ciąży w dwóch pokoleniach. 20.
2. Borowiecki. Dziedziczność w chorobach umysłowych i jej zwalczanie. 18; 51. T. Str. 637.
3. Bross. Ustawa dla ochrony dziedzicznego zdrowia narodu niemieckiego. 27.
4. Czerwiński. Zagadnienie sterylizacji i kastracji na XI Międzynarodowym Kongresie Karnym i t. d. 29.
5. Czerwiński. Sterylizacja i przerwanie ciąży w świetle walki z przestępczością. 60.
6. Fundowicz. Choroby psychiczne w świetle nauki o dziedziczności. 33.
7. Grzywo-Dąbrowski. Sterylizacja i kastracja z p. widz. lekarskiego, eugenicznego i prawnego. 59; 51.
   Dyskusja nad odczytem pod powyższym tytułem. 28. T. Str. 713.
8. Hanke. Stanowisko medycyny i kościoła wobec sterylizacji. 33. T. Str. 978.
9. Higier. W sprawie walki eugenicznej z rozrodem osobników małowartościowych. 51.
10. Higier. Zagadnienie nauki dzisiejszej i wczorajszej o chorobach dziedzicznych i t. d. 51.
11. Higier. Choroby rodzinno-dziedziczne i t. d. 26. T. Str. 440.
12. Hirszfeldowa. Prawa dziedziczności w zastosowaniu do medycyny z uwzględnieniem ustawy sterylizacyjnej. 51.
13. Kirschner. Uwagi o projekcie ustawy eugenicznej. 18.
14. Kirschner. Wyniki badań dotyczące dziedziczności niektórych chorób umysłowych. 33.

15. Krajewski. Wrażenia z Anglii. 1. Problem regulacji urodzeń. 2. Problem spalania zwłok. 53.
16. Kulesza. Prawo o sterylizacji i kastracji w Danii. 52.
17. Łunius. Eugenika i katolicyzm. 60.
18. Łuniewski . O możliwości hamowania niepożądanego rozrodu przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości biologiczno-lekarskich o dziedziczeniu się chorób. 33.
19. Matuszek. Realizacja postulatów eugenicznych. 24.
20. Melanowski. Zespoły dziedziczne z objawami ocznymi. 24.
21. Mikułowski. O zagadnieniu niemieckiej ustawy sterylizacyjnej. 51.
22. Naramowski. Eugenika a obronność kraju. 24.
23. Nelken. Głosy krytyczne z dziedziny zagadnień eugeniki współczesnej. 51.
24. Pająk. Sterylizacja eugeniczna. 27.
25. Pieńkowski. Dziedziczność i środowisko ze stanowiska lekarskiego. 5.
26. Pieńkowski. Uwagi ogólne biologiczno-lekarskie w sprawie nowego projektu Ustawy Eugenicznej. 33.
27. Plich. Reforma prawa o regulacji urodzin w ZSSR. 53.
28. Seidler. Wskazania i technika sterylizacji operacyjnej. 10.
29. Śliwowski. Kwestia sterylizacji i kastracji na Kongresie Karnym i Penitencjarnym w Berlinie. 3.
30. Szpidbaum. Zagadnienie konstytucji, dziedziczności i eugeniki w cukrzycy. 51.
31. Szulc. Lekarz wojskowy jako eugenista. 24.
32. Turek. Problem zastosowania przeszkód małżeńskich niemieck. ustawy o ochronie czystości rasy i t. d. 41.
33. Wander. O wskazaniach psychiatrycznych, eugenicznych i społecznych do sterylizacji. 60.
34. Wolter. Uwagi prawnika na marginesie projektu ustawy eugenicznej. 60.
35. Dyskusja nad odczytem Wernica: Eugenika i jej projekty ustawodawcze. 51. T. Str. 538.
36. Wilczyński. Wojsko i wojna w świetle eugeniki. 24.
37. Żejmo-Żejmis. Współczesność a antropologia i eugenizm. 60.
38. Żejmo-Żejmis. O rasie, rasach i rasizmie. 60.
39. Żółtowski. Obezpłodnienie w świetle nauk społecznych. 18.

XVI. Varia.

1. Czechowicz. Trochę statystyki nieszczęśliwych wypadków. 23.
2. Drozdowski. Zęby mleczne i stałe w świetle tradycji i rzeczywistości. 42.

3. Frenklowa i Chitrukówna. Metody i wyniki przetaczania krwi na oddziale niemowlęcym szpitala Anny Marii dla dzieci. 37.
4. Grzywo-Dąbrowski. Polska bibliografia psychiatryczna i neurologiczna za 1935 r. 47.
5. Grzywo-Dąbrowski. Sprawozdanie z czynności Zakł. Med. Sądowej U. J. P. za r. 1935. 3.
6. Grzywo-Dąbrowski. Polska bibliografia kryminologiczna, sądowo-lekarska i działów pokrewnych. 3.
7. Grzywo-Dąbrowski. Medycyna Sądowa. 9.
8. Hass. Kontrola oddziałów i urzędów policyjnych. 32.
9. Jabłoński. Sąd kryminalny wojskowy w r. 1794. Warsz., 1935, str. 115.
10. Jędrzejewski. Przechowalnia zwłok i krematorium w Zakładzie Anat. Opis. i topograficznej Uniw. Poznańskiego. 25.
11. Kalendarz Prawniczy na r. 1936 pod redakcją J. Litauera. Str. 344.
12. Kalendarz Informator Prawniczy na r. 1936 pod red. J. Kurcjusza. Str. 190.
13. Kalendarz Informator Sądowy na r. 1936. Warszawa, str. 454.
14. Mowy sądowe zebrał Gelernter. Warszawa, str. 242.
15. Mikulski. W sprawie badań nad leworęcznością utajoną. 18.
16. Nowicki. Anatomia patologiczna szczegółowa. T. 1. Kraków.
17. Podręcznik pielęgniarstwa i ratownictwa pod redakcją A. Fiumela. Warsz., str. 435.
18. Popielski. Niebezpieczeństwa przetaczania krwi. 33.
19. Popielski. Krew osób, cierpiących na nadciśnienie, jako materiał do przetaczania krwi. 33.
20. Sprawozdanie Towarzystwa Kryminologicznego. 47.
21. Stojałowski. Uwagi w sprawie przesyłania materiału badaniowego do pracowni histopatologicznych. 28.
22. Uchwały Konferencji Profesorów Medycyny Sądowej z dn. 17.V 1936 r. 3. Str. 164.

Mgr. PAWEŁ HOROSZOWSKI.

NARZĘDZIA PRZESTĘPSTWA I OKOLICZNOŚCI ZWIĄZANE Z CZYNEM SPRAWCY W STU PRZYPADKACH ZABÓJSTW Z AFEKTU.

Z szeregu danych, które zebraliśmy na podstawie badań stu osądzonych przez S. O. w W-wie spraw, dotyczących zabójców z afektu *) (art. 225 § 2) uwzględnimy w publikacji niniejszej: 1) zagadnienie narzędzia, którym posługiwali się sprawcy przy popełnianiu czynu przestępnego; 2) ilość ran zadanych ofiarom przez sprawców; 3) rodzaj zadanych ran; 4) rodzaj śmiertelnych uszkodzeń ciała oraz 5) długość czasokresu od czynu sprawcy do zgonu ofiary.

W owych stu omawianych przypadkach mieliśmy 104 sprawców, ponieważ w niektórych przypadkach występował drugi względnie nawet trzeci skazany. Mężczyzn-sprawców było — 88, kobiet — 16. Ogólna ilość ofiar owych 104-ch sprawców wynosiła 109 osób. Zaznaczyć już tu możemy, że nie wszystkie ofiary były śmiertelne, ponieważ uwzględniamy tu nie tylko przestępstwa dokonane, ale i usiłowane. Ilość ofiar zmarłych wynosiła ogółem — 67, reszta uszła życiem.

I. Narzędzie przestępstwa użyte przy zabójstwie.

Oddzielnie potraktujemy tu sprawców-mężczyzn i oddzielnie sprawczynie.

Narzędzia użyte przez (88) mężczyzn:

Broń palna była użyta przez		48 osobników
w tym: rewolwer	46	
strzelba (ładowana śrutem)	2	
Narzędzie ostre było użyte przez		30 osobników
w tym: nóż	22	
siekiera	5	
bagnet	2	
sztylet	1	
Narzędzie tępe było użyte przez		9 osobników
w tym: laska	2	
waga ręczna	1	
deska	1	
młotek	1	
bliżej nieokreślone tępe narzędzie	4	

*) Porównaj „Motywy zabójstw z afektu i stanowisko Sądu wobec tego przestępstwa" w „Archiwum kryminol.". T. II. Z. 3/4.

Nadto w jednym przypadku „narzędziem" była maszyna pogłębiarka, stojąca około 10 m. niżej poziomu, z którego sprawca strącił ofiarę w momencie, gdy maszyna owa była w ruchu. W przypadku, w którym narzędziem przestępstwa była deska, sprawca wrzucił nieprzytomną — wskutek złamania kości czaszki — ofiarę do rowu wypełnionego wodą.

W przypadkach, gdy sprawcami zabójstw były kobiety (16), użyte były następujące narzędzia:

broń palna (rewolwer)		w 5 przypadkach
narzędzie ostre		w 4 przypadkach
w tym: nóż	w 2	
siekiera	w 2	
narzędzie tępe (garnek żelazny)		w 1 przypadku
trucizna		w 1 przypadku

W pozostałych 5-iu przypadkach trudno mówić o narzędziu, było tam: w 2-ch przypadkach — zamrożenie (kilkutygodniowych dzieci), w jednym — uduszenie, w jednym — utopienie, a w jednym chodziło tylko o pomoc przy zabójstwie, przy czym sprawczyni tylko przytrzymywała ofiarę.

Ilość przypadków zabójstw, dokonanych przez kobiety, jest zbyt mała, aby można było wyciągnąć poważniejsze wnioski, jednakże pamiętając o tym, że wyniki mogą tu być przypadkowe — zwrócić musimy uwagę na fakt, że tylko w jednym przypadku narzędziem zabójczyń była trucizna. Przypadek ten był o tyle ciekawy, że chodziło w nim o matkę, która targnęła się na własne życie, zażywając trucizny (na myszy) i dopiero po zażyciu owej trucizny, lękając się o los swego 9-cio letniego synka, podała mu pozostałą część trucizny (rozszerzone samobójstwo). Przypadek ten zresztą skończył się zarówno dla matki jak i dla synka szczęśliwie, ponieważ sama zapobiegła ujemnym skutkom trucizny.

Podkreślamy ten wyjątkowy przypadek, gdy narzędziem przestępstwa była trucizna, ponieważ jest to sprzeczne z faktem, który — zdaniem niektórych autorów (np. Heindla w „Berufsverbrecher" i w „Das Weib als Mörderin" w T. 95 Archiv. f. Kriminol.) — obserwuje się przy morderstwie, gdzie stosowanym w zasadzie przez kobiety narzędziem jest trucizna. „Wszystkie morderczynie — mówi Heindl o statystyce niemieckiej z r. 1934 — które same czyn wykonały, użyły trucizny".

W pierwszej chwili wydaje się nie właściwym to porównanie naszych wyników, dotyczących zabójstwa z afektu, z przypadkami morderstw, ponieważ przy morderstwie według ustawodawstwa niemieckiego wymagana jest premedytacja, gdy tymczasem zabójstwo z afektu w konstrukcji naszego kodeksu zdawałoby się wykluczać premedytację

i dłuższy okres przygotowawczy, niezbędne na ogół technicznie do zastosowania — jako narzędzia śmierci trucizny. Tymczasem tak nie jest: w myśl wyraźnych orzeczeń sądowych możliwe są przypadki — bardzo często zresztą w praktyce spotykane — gdy stosuje się artykuł K. K., mówiący o zabójstwie z afektu (225 § 2) mimo, że istniała premedytacja i mimo, że afekt trwał długi czas. A więc technicznie użycie trucizny jako narzędzia przestępstwa, było zupełnie możliwe, a jednak tylko wyjątkowo była użyta, podczas gdy broń palna miała zastosowanie w około $1/3$-ej przypadków. Musimy jednak stwierdzić, że aby należycie ocenić, ostro przez niektórych zwalczaną, tezę Heindla o tym, że „morderstwo przez użycie trucizny jest domeną kobiety", musielibyśmy odpowiedni materiał nasz znacznie powiększyć i porównać z analogicznymi przypadkami zabójstw zwykłych, gdy zachodzi brak silnego afektu (art. 225 § 1).

Przy rozpatrywaniu kwestii narzędzia przestępstwa rzuca się w oczy fakt, że na 88 zabójców aż 48 czyli 54,5% użyło broni palnej przy przestępstwie, podczas gdy na narzędzie ostre przypadło tylko 34%, a na pozostałe narzędzia ledwie 11,4%.

Wyciągnięcie z tych wyników wniosku, że najczęstszym narzędziem przestępczym zabójców z afektu jest rewolwer, byłoby zbyt ryzykowne, po przyjrzeniu się bowiem naszemu materiałowi z innej strony uzyskamy niezmiernie ciekawe rezultaty. Uwzględnialiśmy w powyższym zestawieniu narzędzi przestępstwa zarówno przypadki zabójstw dokonanych,jak i usiłowanych. Natomiast gdy odrzucimy przypadki usiłowane, a pozostawimy tylko dokonane, obraz dotyczący rozdziału na poszczególne rodzaje narzędzi zmieni się radykalnie.

Z pośród owych 88 ilość osobników w 55 przypadkach, w których występowała co najmniej jedna osoba zabita, wynosiła 58, z tego:

narzędzie ostre było użyte przez	28	osobników
broń palna „ „ „	21	„
narzędzie tępe „ „ „	9	„

A więc na przypadki usiłowane (30 sprawców) przypadało by:

broni palnej użyło	27	osobn.
narzędzia ostrego	2	„
„ tępego	1	„

Nasuwają się tu najrozmaitsze koncepcje, mogące służyć do wytłumaczenia uzyskanych wyników, m. in., że broń palna okazuje się narzędziem mniej skutecznym, aniżeli narzędzie ostre wzgl. tępe, skoro w przypadkach użycia broni palnej aż w 56,3% przestępcy nie osiągnęli celu swego, nie zabijając swojej ofiary, podczas gdy przy użyciu narzędzia tępego osiągnęli cel aż w 93,3% przypadków. Tłumaczenie tego rodzaju nie wytrzymuje jednak — zdaniem naszym — krytyki. W świetle

akt sądowych (dotyczących zabójstw oraz dla porównania uszkodzeń ciała) inne tłumaczenie zdaje się okoliczności wyżej przytoczone wyjaśniać: użycie broni palnej przemawia — zdaniem Sądu — za istnieniem zamiaru zabójstwa; choćby więc sprawca tylko ranił ofiarę wzgl. usiłował tylko strzelić, będzie odpowiadał z art. 225 § 2. Inaczej wygląda w przypadku, gdy sprawca posługiwał się narzędziem ostrym wzgl. tępym; w takim przypadku nie wystarcza Sądowi sam fakt użycia tych narzędzi, musi się ustalić, że rzeczywiście zamiar zabicia istniał, a o tym najczęściej świadczy, przy tych narzędziach, dopiero skutek czynu, stąd rzadko pociąga się do odpowiedzialności z art. 225 § 2, gdy skutek czynu nie był śmiertelny; sprawca w okolicznościach takich odpowiada zwykle za uszkodzenie ciała. (Nawiasowo tylko dodamy, że gdyby użycie narzędzia ostrego wzgl. tępego przy zamachu na drugą osobę miało przemawiać za zamiarem zabicia, sprawy o zabójstwo liczono by w Polsce rocznie w grube tysiące).

Po rozważaniach powyższych okazuje się, że dla zdania sobie sprawy z częstości występowania pewnego rodzaju narzędzi u zabójców z afektu, wziąć należy pod uwagę tylko przestępstwa dokonane. Okazuje się wtedy, że najczęstszym narzędziem zabójców w okresie trzyletnim na terenie S. O. w W-wie było narzędzie ostre (48,3%), następnie — broń palna (36,2%), a wreszcie — narzędzie tępe (15,5%). Spośród narzędzi ostrych wchodził w grę przeważnie nóż, a wśród broni palnej wchodził w grę wyłącznie rewolwer.

Na podstawie analizy zagadnienia narzędzia przestępstwa, dochodzimy więc do wyników, ilustrujących na pewnym odcinku stanowisko S. O. w stosunku do zabójstw z afektu. Nie ulega wątpliwości, że S. O. bierze rodzaj narzędzia pod uwagę przy zakwalifikowaniu przestępstwa do uszkodzeń ciała czy też do zabójstwa.

II. Ilość ran zadanych ofiarom przez sprawców.

Wymieniamy tu oczywiście tylko rany poważniejsze; pomijamy nieznaczne uszkodzenia, jak: zadrapania, powierzchowne ukłucia i t. p. Ilość zadanych przez sprawców ran wynosiła:

Płeć	Ilość ran					
	żadna	1 a	2-e	3	4	więcej	kilka
mężczyźni sprawcy (ilość ofiar — 93)	5	53	15	4	3	1	12
kobiety sprawczynie (ilość ofiar — 10)	—	4	1	1	1	—	3

Podajemy tylko 10 ofiar zabójczyń; u pozostałych 6-ciu ofiar zabójczyń nie było zadanych ran wogóle, chodziło tam bowiem o: uduszenie,

otrucie, utopienie (po jednym przypadku) oraz pozostawienie na mrozie.

Stwierdzamy więc, że w większości przypadków (blisko 60% po odliczeniu 5-ciu przypadków, w których nie zadano ani jednej rany) sprawca zadał ofierze tylko jedną ranę. Pewne ciekawe wyniki otrzymamy, gdy porównamy z danymi o ilości ran ilość oddanych strzałów, gdy narzędziem przestępstwa był rewolwer. Jak wyżej podano, rewolweru użyło przy przestępstwie 46-ciu mężczyzn (w jednym przypadku rewolwer nie wypalił) i 5 kobiet.

Ilość oddanych strzałów przedstawiała się w sposób uwidoczniony na tablicy.

Ilość strzałów	Płeć sprawców	
	mężczyźni	kobiety
1	19	—
2	10	1
3	3	—
więcej niż 3	4	1
kilka	9	3

Okazuje się więc, że na 50 przypadków użycia rewolweru, po jednym strzale oddano tylko w 19 przypadkach (38%), podczas gdy aż w 31 przypadkach, t. j. w 62%, ilość oddanych strzałów wynosiła więcej, niż 1.

Mimo więc oddawania przeważnie więcej niż jednego strzału, ilość zadanych ofierze, ran w większości przypadków nie przekracza jednej. Z wyciąganiem wniosków z tego faktu należy być bardzo ostrożnym szczególnie dlatego, że nie można porównać skuteczności broni palnej ze skutecznością innych narzędzi, ponieważ nie sposób ustalić z akt sądowych, ile było ugodzeń np. nożem zupełnie powierzchownych wzgl. inaczej bezskutecznych.

Zagadnienie tu poruszone nadawało by się do badania sprawy czy i o ile afekt wpływa na ilość strzałów oddanych i zadanych uszkodzeń ciała; jednakże materiał akt sądowych nie jest w tej mierze wyczerpującym, a nadto ilość naszych przypadków nie jest do tego wystarczająca. Zaznaczyć jednak można, że na fakt małej ilości przypadków, w których było więcej niż jedno zranienie, mogło wpłynąć to, że bardzo często zabójstwo z afektu odbywa się na oczach świadków, których interwencja — jak to wskazują niektóre przypadki zupełnie wyraźnie — może się okazać skuteczną, powstrzymać dalsze ataki sprawcy przeciw ofierze.

III. Rodzaj zadanych ran.

Przy tych obliczeniach mieliśmy do wyboru dwie drogi: albo podać wszystkie rany — stosownie do wykazu zawartego w ustępie poprzednim — albo też podać u każdego osobnika ranę najpoważniejszą, tylko jedną. Obraliśmy sposób drugi, ponieważ za nim przemawiało kilka względów: a) w większości przypadków spotykamy się tylko z jedną raną poważniejszą; b) w przypadkach zakończonych śmiercią stwierdzono w wyniku sekcji zwłok, jaka rana była śmiertelna, tę więc ranę podaliśmy; c) w pozostałych nielicznych przypadkach przestępstw usiłowanych, w których było więcej zadanych ran, było dokładnie uwidocznionym (w akcie oskarżenia), która rana była najpoważniejszą.

Rodzaj zadanych ran.
(Podajemy tylko ofiary, które doznały uszkodzeń ciała).

Rodzaj rany	Płeć	
	mężcz. (88)	kob. (10)
klatka piersiowa	29	5
głowa	20	2
brzuch	11	—
plecy	7	—
inna część ciała	17	2
brak danych . .	4	1

Zarówno więc u mężczyzn jak i u kobiet najczęstszym uszkodzeniem ciała jest rana klatki piersiowej. Na ogólną ilość 98 przypadków, było tego rodzaju uszkodzeń 34, t. j. blisko 35%. Następnie najliczniej jest reprezentowane uszkodzenie głowy, które wynosiło 22 przypadki, czyli ponad 22%. Razem więc uszkodzenie klatki piersiowej oraz głowy wynosiło 56 na ogólną ilość 98-u przypadków, t. j. ponad 57%. Fakt ten jest zupełnie oczywisty: przy zamiarze zabójstwa sprawca atakuje zwykle „nieobojętną“ część ciała.

Zwrócić tu chcemy uwagę na pewne zjawisko, które łączy się w pewnym sensie z kwestią narzędzia przestępstwa i które było przy omawianiu narzędzia uwzględnione: rany zadane w obojętne (w pewnym sensie) dla zdrowia części ciała, to przeważnie rany postrzałowe, natomiast rany zadane ostrym narzędziem to w zasadzie rany zadane w części ciała, których uszkodzenie jest bardzo niebezpieczne dla zdrowia. A więc i tu widzimy, że zakwalifikowanie czynu jako zabójstw za-

leżne jest — zwłaszcza przy ostrych i tępych narzędziach — od faktu, w którą część ciała sprawca ugodził ofiarę. Parafrazując poprzednią naszą uwagę, zrobioną w związku z rodzajem narzędzia przestępstwa, powiemy: gdyby chciano pociągać do odpowiedzialności za zabójstwo za każde uszkodzenie nożem czy tępym narzędziem w dłoń czy inną analogiczną część ciała, było by spraw karnych o zabójstwo wiele tysięcy rocznie. To jest zupełnie usprawiedliwione, że tylko w przypadkach ugodzenia nożem czy innym narzędziem w „nieobojętną“ część ciała pociąga się do odpowiedzialności za zabójstwo: zamiar przestępczy bowiem często wyraźnie się w ten sposób objawia, podczas gdy w innych przypadkach trudno ustalić, czy zamiar dokonania zabójstwa u sprawcy przestępstwa istniał.

IV. Rodzaj śmiertelnych uszkodzeń ciała.

Razem ofiar zmarłych na skutek czynu sprawcy było 67. Z wyjątkiem 5-ciu przypadków, w których śmierć była spowodowana przez zamarznięcie, utopienie wzgl. uduszenie, pozostałe 62 przypadki przedstawiają się w sposób podany niżej:

Śmierć spowodowały:

uszkodzenie mózgu	w 18	przypadkach
skrwawienie (z powodu uszk. tętnic lub żył)	„ 15	„
uszkodzenie serca	„ 13	„
„ płuc	„ 10	„
zapalenie otrzewnej	„ 3	„
inne uszkodzenia	„ 3	„

Jeżeli do 15 przypadków śmierci wskutek skrwawienia dodamy przypadki śmierci wskutek uszkodzenia serca oraz płuca — w których to przypadkach mieliśmy również śmierć wskutek upływu krwi — otrzymamy 38 przypadków; a więc w 57% przypadków śmierć nastąpiła z powodu upływu krwi. Poza tym śmierć z powodu uszkodzenia mózgu występuje w 27%; inne rodzaje uszkodzeń, powodujące śmierć, są w materiale naszym bardzo rzadkie.

V. Długość czasokresu od czynu sprawcy do zgonu ofiary.

Śmierć ofiary nastąpiła:

natychmiast	w 33	przypadkach
po kilku godz.	„ 16	„
po „ dniach	„ 13	„
brak bliż. danych	„ 5	„

Obserwujemy tu więc fakt, że nie spotkaliśmy ani jednego przypadku wystąpienia śmierci w dłuższy czas po czynie sprawcy; jest

możliwym, że przypadki tego rodzaju podlegają — zdaniem Sądu — artykułom, mówiącym o uszkodzeniach ciała, a nie o zabójstwie, ponieważ w takich przypadkach nie jest tak bardzo oczywistym, że istnieje bezpośredni związek między czynem sprawcy a śmiercią ofiary. Hipoteza taka wydaje się prawdopodobną — chociaż wymaga zbadania — gdy weźmiemy pod uwagę fakt, że Sąd uwzględnia nie tylko zamiar sprawcy, ale i skutek czynu, co, oczywiście, nie jest w zgodzie z intencjami ustawodawcy.

PAWEŁ HOROSZOWSKI, abs. iuris et phil.

Zusammenfassung.

Wie bekannt, unterscheidet das polnische StrGB. zwischen gewöhnlichem und Affekt-Totschlag. Verfasser unterhandeltlaut aktenmässiger Darstellung von 100 Fällen Affekttotschläger, die durch das warschauer Kreisgericht verurteilt wurden — das Verbrechenwerkzeug, Quantität und Qualität der den Opfern beigebrachten Wunden und Zeitabschnitt zwischen Verwundung und Tod des Opfers. Es ergab sich, dass häufigste Verbrecherwerkzeug der Affekttotschläger das scharfe Werkzeug war (ca 48% — hauptsächlich Messer), nachher folgte Schusswaffe (ca 36% — ausschliesslich Revolver) und nur in ca 15% hat sich stumpfes Werkzeug vorgefunden.

Am häufigsten kommt nur eine ernstere Verwundung vor (60%).

Der Qualität nach überwiegen (57%) Brustkasten- und Kopfwunden.

In 57% der Fälle wurde der Tod durch Verblutung und in 27% durch Gehirnverletzung verursacht.

In der Mehrheit der Fälle trat der Tod sofort ein; nur in wenigen Fällen starb das Opfer erst nach einigen Tagen.

Dr. Halina WALĘCKA.

SAMOBÓJSTWO PRZEZ ZADANIE RAN RĄBANYCH.

(Z Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.
Kierownik: Prof. W. Grzywo-Dąbrowski).

Samobójstwa, spowodowane przez zadanie ran rąbanych, należą do bardzo rzadkich i dla swojej rzadkości i niezwykłości narzędzia, jakie tu wchodzi w grę, często nasuwają podejrzenia przede wszystkim zabójstwa, i trzeba dokładnej analizy przypadku i doświadczenia, żeby określić, z czym mamy do czynienia; niekiedy opinie co do jednego i tego samego przypadku oceniane przez różnych znawców, są wręcz przeciwne.

Postaram się w krótkości streścić najcharakterystyczniejsze cechy ran rąbanych, zadanych ręką własną: równoległy względem siebie układ ran, ich wielokrotność (może dochodzić do kilkuset), zgrupowanie na stosunkowo niewielkiej przestrzeni lub grupami, przy czym w tych ostatnich przypadkach w obrębie danej grupy posiadają poprzednio wspomniane cechy. Większość ran jest powierzchowna, a umiejscowione są one przeważnie na głowie i to przede wszystkim w części przedniej.

Układ ran jest niekiedy tak charakterystyczny, że nieraz na podstawie wyglądu samych ran, nie znając nawet okoliczności przypadku, można odrazu wypowiedzieć się za samobójstwem.

W przypadkach zabójstwa niemal z reguły spotykamy stosunkowo niewielką ilość ale głębokich ran, najczęściej umieszczone są one też na głowie, ale również i w innych okolicach ciała, przy czym ułożone bezładnie, co jest zrozumiałe ze względu na walkę i obronę ofiary przed napastującym (patrz rys. 1).

Samobójcze rany rąbane ułożone najczęściej w okolicy czołowej lub ciemieniowej, równolegle do szwu strzałkowego, rzadziej w okolicy skroniowej, a wyjątkowo na potylicy i kraku. Rany te, jak już wspomniano, są dość powierzchowne, bardzo liczne i gęsto ułożone blisko siebie, czasem nakładają się na siebie, tak że trudno jest ustalić ich ilość, a skóra i tkanka podskórna robią wrażenie zmiażdżonych. Kości pokrywy czaszkowej mogą również ulegać uszkodzeniom i to nieraz znacznym, tak że wskutek wielokrotnych uderzeń w głowę może powstać na kości szeroko ziejący, otwór o brzegach bądź równych, bądź pozazębianych, najczęściej jednak uszkodzenia kości są powierzchowne i obejmują tylko blaszkę zewnętrzną kości czaszki.

Pomimo dużej ilości ran śmierć może nie nastąpić dość szybko i stosunkowo często samobójca pozbawia się życia innym sposobem, naprzykład przez powieszenie, zatrucie, utopienie lub zadanie ran ciętych. Przy takich skombinowanych samobójstwach takie uszkodzenia, jak liczne powierzchowne rany cięte w przegubach łokciowych, powierzchowne rany na szyi skierują uwagę eksperta w kierunku samobójstwa, utopienie natomiast a nawet powieszenie będzie nasuwało podejrzenie, że dany osobnik został zabity lub ogłuszony za pomocą razów w głowę, a następnie dla upozorowania samobójstwa został powieszony, lub w celu ukrycia zbrodni wrzucony do wody. W tych przypadkach dokładne zbadanie uszkodzeń i zapoznanie się z okolicznościami sprawy uchroni eksperta od pomyłki.



Rys. 1.
Zabójstwo za pomocą ran rąbanych.

Przytaczam poniżej przypadek, oceniany w naszym Zakładzie na podstawie akt sprawy i oględzin nadesłanej głowy. Lekarz dokonywujący sekcji ocenił wprawdzie przypadek ten jako samobójstwo, jednak władze sądowe zażądały dodatkowej ekspertyzy ze względu na opinię miejscowej ludności, która w tym przypadku dopatrywała się zabójstwa.

Przypadek przedstawia się jak następuje: kobieta E. C. lat 31 została znaleziona nieprzytomna w swoim domu we wsi P. z ranami rą-

banymi głowy. Dom jej znajdował się w środku wsi, a mieszkanie przez nią zajmowane składało się z sieni, kuchni i sypialni. Z podwórza wchodziło się do sieni, a stamtąd do kuchni i sypialni.

Przy oględzinach mieszkania stwierdzono, że panował tam zupełny porządek, żadnych śladów walki nie było widać. W sypialni na podłodze znaleziono dużą kałużę krwi, obok leżała siekiera krwią zbroczona. Długość siekiery wynosiła 16½ cm., szerokość 16 cm., trzonek brzozowy długości 50 cm. Przy kałuży krwi stał koszyk z kartoflami i garnek gliniany, wypełniony oskrobanymi kartoflami. Na jednym z kartofli była krew. W kuferku, należącym do E. C., znalezione były weksle i pieniądze.

Ranną przewieziono do szpitala powiatowego, przy czym stan jej, według karty szpitalnej, przedstawia się jak następuje: chora budowy prawidłowej, wzrostu średniego, odżywienia dobrego. Tętno 120 na min., temp. 36. Na głowie stwierdzono liczne rany umiejscowione w okolicy czołowej, biegnące od przodu ku tyłowi i równoległe do siebie. Jedna z ran drążyła po przez kość do mózgu. Z ran wydobywała się duża ilość krwi. Rany rozszerzono, brzegi obcięto, pousuwano luźno leżące odłamki kości, stwierdzono przy tym rozległy krwiak nadoponowy, idący na podstawę czaszki.

Chora nie odzyskawszy przytomności w kilka godzin zmarła.

Lekarz po dokonaniu oględzin zewnętrznych orzekł, że E. C. zmarła wskutek wylewu krwawego uciskającego mózg, a powstałego w następstwie ran rąbanych głowy. Wszystkie te rany zostały zadane siekierą przez samą denatkę w celu samobójczym. (Sekcji nie dokonywano).

Zmarła została pochowana. Jednak prokurator po upływie pół roku na skutek podejrzeń wysuwanych przez współmieszkańców polecił przeprowadzić dochodzenie i dokonać ekshumacji i sekcji zwłok. Obcięta przy sekcji głowa została przesłana do Zakładu Medycyny Sądowej Un. J. P. w Warszawie, gdzie po dokonaniu sekcji stwierdzono co następuje: (Podaję dokładny opis oględzin).

Głowa wraz z pierwszym kręgiem bez żuchwy została nadesłana w słoju z formaliną. Barwa skóry na twarzy i głowie miejscami szaro-zielonkawa, miejscami szaro-czerwona, włosy w postaci kępek krótko ostrzyżone, gałki oczne zapadnięte i skurczone (patrz rys. 2).

W linii środkowej czoła znajduje się rana długości 13,5 cm., szerokości 1,5 cm., do 2,5 cm. o brzegach dość równych. Dno rany po stronie lewej stanowi kość czaszki częściowo w tym miejscu wgnieciona, w części środkowej tej rany na przestrzeni około 2—3 cm. kości brak zupełnie, dno rany stanowi opona twarda. Środkowa część rany jest głęboka, a obwodowe końce są powierzchowne i dochodzą tylko do kości. Przy pra-

wym brzegu rany powyższej równolegle lub prawie równolegle do niej przebiegają cztery rany, idące od tyłu ku przodowi, równolegle do siebie, długości 1,5 cm., 3,5 cm., 1,3 cm., 1,5 cm. brzegi tych ran są równe, sięgają poprzez grubość skóry do kości. Po stronie lewej tej dużej rany znajdują się dwie powierzchowne i równolegle przebiegające ranki, dochodzące do kości. Odległość od siebie ranek wynosi około 4—5 mm. Poza tymi drobnymi ranami, w prawo od nich, znajdują się jeszcze dwie rany, jedna długości 3,5 cm. i równoległa do niej druga długości 3 cm., obie dochodzą do kości. Brzegi tych ran były równe, skóra barwy szaro-czerwonej. Ran na głowie razem było dziewięć, wszystkie ułożone blisko siebie o przebiegu równoległym do siebie i do szwu strzałkowego.

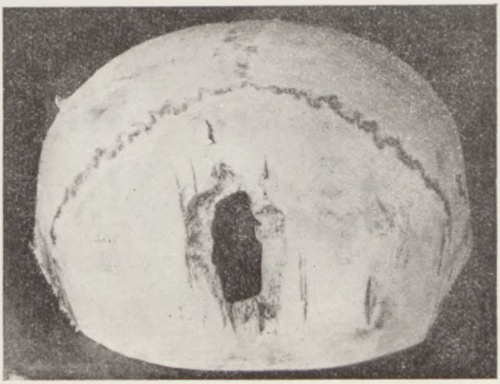


Rys. 2.

W tkance podskórnej w okolicy opisanych poprzednio ran znajdował się obfity wylew krwawy na przestrzeni około 14 na 16 do 18 cm.

W kości czołowej w części przedniej znaleziono otwór długości 3,5 cm., szerokości 1,2—1,6 cm., równolegle przebiegający do linii środ-

kowej ciała o brzegach zlekka nierównych. Naokoło tego otworu stwierdza się brak blaszki zewnętrznej i części istoty gąbczastej w promieniu około 1 cm., brzegi tych ubytków nierówne, pozazębiane. Ku górze od tego otworu znajdowały się cztery szczelinowate zagłębienia w kości o kształcie podłużnym długości 1 do 1,6 cm., głębokości najwyżej 1—2 mm — brzegi ich były równe (patrz rys. 3).



Rys. 3.
Rany rąbane głowy, po zdjęciu części miękkich.

Ku dołowi i na lewo od otworu w czaszce znajdowały się cztery szczelinowate zagłębienia o cechach opisanych powyżej. Przy lewym brzegu otworu na czaszce w obrębie blaszki zewnętrznej znajdowały się trzy skośnie ułożone szczelinowate zagłębienia długości około 3 mm., szerokości około 0,5 mm. każda. Poza tym na czaszce nie znaleziono żadnych uszkodzeń.

Szwy były wyraźne, grubość kości pokrywy wynosiła od 5 do 7 mm., w miejscu uszkodzeń 5 mm.

Po zdjęciu pokrywy na oponie twardej w okolicy opisanego otworu znaleziono skrzepy krwi barwy brudno-czerwonej na przestrzeni 12 przez 6 i 8 cm., wśród tych skrzepów znajdowały się dwa odłamki kostne długości 2 i 1,5 cm., szerokości 0,5 cm. o brzegach nierównych. Opona twarda na całej przestrzeni była nieuszkodzona. Pod oponą twardą w okolicy czołowej znajdowały się skrzepy krwi barwy brudno-zielonkawej na przestrzeni około 8 przez 8 cm. grubości około 0,5 cm. Mózg był w stanie rozkładu, istoty korowej od rdzennej nie dało się odróżnić, jak również nie dało się ustalić czy były jakieś uszkodzenia mózgu. Kości podstawy czaszki były nieuszkodzone.

Dochodzenie przeprowadzone przez władze śledcze wykazało, że zmarła była mężatką, ale mąż jej od szeregu lat był w Ameryce; przez pierwsze lata nieobecności przysyłał jej pieniądze i listy, później zaprze-

stał. Od tego czasu E. C. była bardzo przygnębiona i zdenerwowana, zwłaszcza, że teściowa, z którą razem zamieszkiwała, nie szczędziła jej bezpodstawnych wymówek. Na krótko przed śmiercią E. C. znajdowała się w stanie depresji.

Zestawiając cały materiał dowodowy, a zwłaszcza opierając się na wyniku oględzin nadesłanej głowy, należy stwierdzić, że E. C. popełniła samobójstwo. Przemawia za tym przede wszystkim charakterystyczny układ ran na głowie. Śmierć nastąpiła wskutek rozległych wylewów krwawych nad i podoponowych, powstałych wskutek uszkodzenia naczyń krwionośnych siekierą.

Zestawiam poniżej te przypadki, które znalazłam w dostępnej mi literaturze, a które dotyczyły samobójstwa za pomocą zadania ran rąbanych.

Munk podaje przypadek własny, dotyczący 50-letniej kobiety, zdradzającej pewne objawy choroby psychicznej w związku z przekwitaniem. Kobieta ta zadała sobie około 50 ran w głowę siekierą i nożem kuchennym. Rany te były zadane w okolicę ciemieniowo-potyliczną i połączone były z uszkodzeniami czaszki i mózgu.

Po dłuższej analizie, na zasadzie układu ran i ich równoległości, dużej ilości i stosunkowej powierzchowności poszczególnych ran, autor dochodzi do wniosku, że miało miejsce samobójstwo.

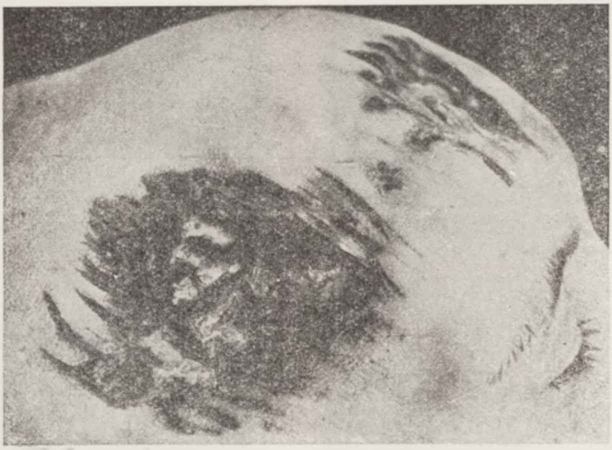
Werkgartner podaje cztery podobne przypadki: pierwszy to samobójstwo starej kobiety za pomocą ran rąbanych, zadanych jednocześnie dwiema siekierami. Rany były ułożone trzema grupami w okolicy ciemienio-skroniowej prawej i lewej oraz w okolicy czołowej. Rany w obrębie każdej z grup były równoległe do siebie, bardzo liczne, po stronie lewej zaś powierzchowne, po prawej głębsze połączone z uszkodzeniem czaszki i mózgu. Zmarła na krótki czas przed śmiercią zdradzała zaburzenia psychiczne o charakterze otępienia starczego (patrz rys. 4).

Drugi przypadek odnosi się do mężczyzny, który po zabiciu żony siekierą, zadał sobie szereg ran rąbanych również siekierą i tłuczonych młotkiem, a następnie powiesił się. Osobnik ten był epileptykiem i zdradzał zaburzenia psychiczne.

Przypadek trzeci dotyczył kobiety, która z nędzy poraniła swego syna za pomocą noża, sobie zadała szereg powierzchownych ran rąbanych w okolicę czołową i skroniową prawą, następnie kilka ran ciętych w okolicę przegubów łokciowych. I matka i syn wyzdrowieli. Kobietę musiano umieścić w zakładzie psychiatrycznym, gdyż zdradzała objawy choroby psychicznej.

Czwarty przypadek należy do wątpliwych, autor podaje go jako samobójstwo: Pewien wieśniak w średnim wieku zadał sobie szereg ran

powierzchownych w okolicę czołową, a następnie utopił się w dość głębokim korycie (80 cm.) do pojenia bydła. Zaburzeń psychicznych u danego osobnika nie zauważono.



Rys. 4.
Przypadek Werkgartnera. Samobójstwo dwiema siekierami.

K. Carsky podaje przypadek dotyczący mężczyzny, który zadał sobie szereg (26) ran za pomocą siekiery. Rany obejmowały okolicę czołową i skroniową i były połączone z uszkodzeniem kości i opony twardej mózgu. Osobnik ten opuścił po 8 tygodniach klinikę jako zdrowy. Zaburzeń psychicznych nie stwierdzono.

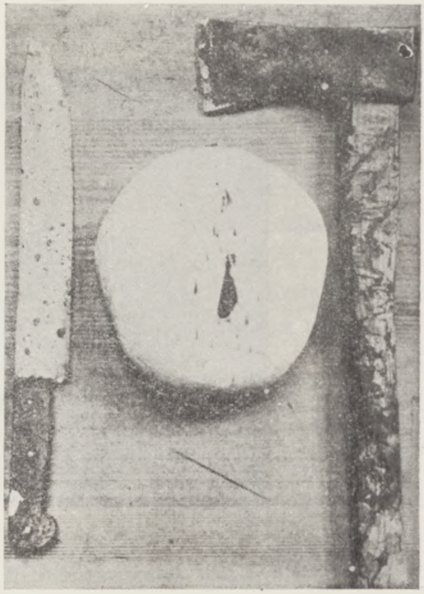
Manczarski (Czasopismo Sądowo-Lekarskie 1928) z Zakładu Medycyny Sądowej w Warszawie podaje przypadek usiłowania samobójstwa kobiety, która tasakiem i siekierą zadała sobie około 20 ran w okolicę czołowo-ciemieniową, rany te były połączone z uszkodzeniem kości. Kobieta po kilku tygodniach wyzdrowiała, przed samobójstwem zdradzała zaburzenia psychiczne o charakterze depresyjnym.

Althoff podaje przypadek, gdzie pewien psychicznie upośledzony parobek wiejski zadał sobie szereg ran w okolicę szyi i karku, usiłując prawdopodobnie w ten sposób odrąbać sobie głowę, po nieudanej próbie utopił się w płytkim strumyku (patrz rys. 5).

Pewien osobnik (przypadek Pfeiffera) poranił swoją kochankę, a następnie zadał sobie cały szereg ran rąbanych siekierą i nożem. Rany były ułożone na szczycie głowy i w okolicy ciemieniowej prawej, połączone były z uszkodzeniami kości i otwarciem zatoki strzałkowej. Śmierć nastąpiła wskutek skrwawienia się. Poza tym osobnik ten zadał sobie rozległą ranę ciętą brzucha. Zaburzeń psychicznych nie zauważono (patrz rys. 6).



Rys. 5.
Przypadek Althoffa.



Rys. 6.
Przypadek Pfeiffera.

M e r r e m cytuje przypadek samobójstwa młodego żołnierza, który przypadkowo podpalił las i bojąc się odpowiedzialności popełnił samobójstwo, zadając sobie szereg ran bagnetem w okolicę czołową i tyłogłowia oraz ranę kłutą klatki piersiowej, następnie utopił się w płytkim bajorku. Rany bagnetem nosiły charakter rąbanych nie kłutych.

L a i g n e l - L a v a s t i n e podaje przypadek usiłowania samobójstwa przez 45-letniego alkoholika, zdradzającego objawy psychiczne. Zadał on sobie 12 ran siekierą w głowę.

H u l s t k v i s t (podaje według H a r b i t z a) podaje przypadek samobójstwa umysłowo chorego 47-letniego mężczyzny, który po zamordowaniu swojej żony zadał sobie siekierą szereg ran w okolicę czołową i ciemieniową w części środkowej, a następnie zadał sobie rany cięte szyi i przegubów łokciowych. Śmierć nastąpiła wskutek skrwawienia się.

Dalsze dwa przypadki I p s e n a i H o u m a d e r s a są bardzo podobne do siebie: jak w jednym tak w drugim przypadku chodziło o samobójstwo, popełnione najprawdopodobniej pod wpływem psychozy infekcyjnej na tle duru brzusznego. Przy sekcji stwierdzono typowe owrzodzenia tyfusowe w jelitach. Tyfus nie był rozpoznany za życia. W jednym przypadku uszkodzenia w postaci ran rąbanych były zadane

siekierą w okolicę czołową i były połączone z uszkodzeniem kości czaszki, w drugim przypadku uszkodzenia były zadane siekierą i młotkiem i też były połączone z uszkodzeniem kości czaszki.

W obu przypadkach śmierć była wynikiem następowego powieszenia się.

Kratter podaje przypadek, gdzie pewien mężczyzna zadał sobie toporem 30 ran w okolicę czołową i ciemieniową, rany te były połączone z powierzchownymi uszkodzeniami kości czaszki. Osobnik ten zadał sobie również szereg ran kłutych nożem w okolicę klatki piersiowej i brzucha, te uszkodzenia były przyczyną zejścia śmiertelnego. Żadnych szczegółów co do stanu umysłowego zmarłego autor nie podaje.

Strassmann podaje przypadek samobójstwa za pomocą zatrucia ługiem łącznie z zadaniem szeregu ran powierzchownych czaszki zadanych toporem.

Białoszabski opisuje przypadek samobójstwa 60-letniej żebraczki, która zadała sobie siekierą szereg powierzchownych ran umieszczonych na szczycie głowy, nożem powierzchownie zraniła się w szyję, śmiertelną ranę zadała sobie w serce. Kobieta ta zdradzała pewne zaburzenia psychiczne.

Littlejohn podaje przypadek młodej dziewczyny, która po zażyciu trucizny zadała sobie siekierą 20 powierzchownych ran umiejscowionych w okolicy czołowej i następnie utopiła się w wannie. O zaburzeniach psychicznych autor nie wspomina.

Bakke (Norwegia, podaję według streszczenia w Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin) opisuje przypadek usiłowania samobójstwa dokonanego przez młodą kobietę za pomocą zadania sobie powierzchownych ran siekierą w głowę. Zamachu dokonała w piwnicy, podając następnie, że padła ofiarą usiłowania zabójstwa i zgwałcenia. Przy badaniu okazało się, że zeznania kobiety były fałszywe i że usiłowała ona pozbawić się życia, przed zamachem zdradzała ona pewne zaburzenia psychiczne.

Poza wyżej wymienionymi przypadkami, które były opracowane przez autorów dość dokładnie pragnę zacytować za Merremem szereg innych, które są wymienione dość pobieżnie.

Langer miał możność obserwowania przypadku usiłowania samobójstwa za pomocą zadania sobie ran rąbanych okolicy czołowej oraz rany na tyłogłowiu połączonych z wgnieceniem kości. Osobnik ten wyzdrowiał.

Przypadek połączony również z wyzdrowieniem podaje Fabrice, chodziło o mężczyznę, który siekierą zranił się w czoło, szyję i krtań oraz wyciął jedno jądro. Sposób uszkodzeń każe myśleć o chorobie psychicznej danego osobnika.

W przypadku Hofmana kobieta zadała sobie szereg ran rąbanych siekierą w okolicę czołową i ciemieniową i sześć ran kłutych brzucha; zmarła wskutek zakażenia ogólnego.

Schauenstein podaje przypadek dotyczący mężczyzny, który zadał sobie 17 ran rąbanych w okolicę czołową i szczyt głowy, rany były połączone z uszkodzeniem kości, śmierć nastąpiła po pewnym czasie wskutek zapalenia opon miękkich mózgu.

W przypadku Maschki śmierć 63 letniej kobiety była również wynikiem zapalenia opon mózgowych, które wywiązało się po wielokrotnym zranieniu głowy siekierą. Ta kobieta zadała sobie również ranę kłutą brzucha i nacięła żyły w przegubach łokciowych. O stanie psychicznym denatki autor nic nie wspomina.

Rimbault podaje przypadek mężczyzny, który po zadaniu siekierą i nożem ran rąbanych i ciętych głowy — powiesił się. Rany mieściły się na przestrzeni 15 na 11 cm.

W przypadku Kupfera mężczyzna po zadaniu ran rąbanych w okolicę ciemieniową i za prawym uchem utopił się w rzece.

Krügelstein podaje przypadek kobiety, która zadała sobie szereg ran rąbanych głowy, ranę kłutą serca i powiesiła się.

W przypadku Hofmana kobieta lat 64 zadała sobie siekierą rany w okolicę czołową i ciemieniową, rany cięte w przegubach łokciowych i pod kolanami.

Kobieta ta w krótkim czasie zmarła wskutek zapalenia opon mózgowych.

W przypadku Blumenstocka kobieta lat 40 zadała sobie szereg ran rąbanych toporem w okolicę czołową, rany te były połączone z uszkodzeniem kości i mózgu, poza tym zraniła się powierzchownie w okolicę serca i zadała sierpem powierzchowną ranę szyi. Zmarła wskutek uszkodzeń mózgu.

Zestawienie przypadków samobójstwa przez zadanie ran rąbanych.

Nr	AUTOR	Płeć	Wiek	Narzędzie	Okolica zranienia	Stan psychiczny	Zejście
1	Werkgartner 1935.	ż.	st.	2 siekiery	czołowa skroniowo-ciemieniowa	Otępienie starcze	Zmarła wskutek uszkodzeń czaszki i mózgu
2	Pfeiffer 1912.	m.	śr.	siekiera nóż	czołowo-ciemieniowa	Zaburzeń psychicznych nie stwierdz.	Zmarł wskutek skrwawienia się z zatoki strzałkowej.
3	Munk 1937.	ż.	50	siekiera nóż	czołowo-potyliczna	Zaburzenia psychiczne w związku z przekwitan.	Zmarła wskutek uszkodzeń czaszki i mózgu

Nr	AUTOR	Płeć	Wiek	Narzędzia	Okolica zranienia	Stan psychiczny	Zejście
4	Schauenstein 1870.	m.	—	siekiera	czołowo-ciemieniowa	nieznany	Zmarł wskutek zapalenia opon mózgowych.
5	Maschka 1882.	ż.	63	siekiera	czołowo-ciemieniowa	nieznany	Zmarła wskutek zapalenia opon mózgowych
6	Hofmann 1885.	ż.	64	siekiera	czołowo-ciemieniowa	nieznany	Zmarła wskutek zapalenia opon mózgowych.
7	Blumenstock 1888.	ż.	40	topór sierp	czołowa	nieznany	Zmarła wskutek uszkodzeń czaszki i mózgu
8	Hultkvist 1929.	m	47	siekiera nóż	czołowo-ciemieniowa	umysłowo chory	Zmarł wskutek uszkodzeń czaszki i mózgu
9	Pyl (wedł. Burckela) 1936.	m.	—	siekiera	czołowa	nieznany	Zmarł wskutek uszkodzeń czaszki i mózgu
10	Walęcka 1937.	ż.	31	siekiera	czołowa	Psychoza maniakalno-depresyjna	Zmarła wskutek wylewów nad i pod oponowych
11	Werkgartner 1937.	m.	40	siekiera młotek	czołowo-ciemieniowa i skroniowa pr	Epileptyk	Powieszenie
12	„	m.	śr.	siekiera	czołowa	Zaburzeń psychicznych nie stwierdz.	Utopił się w korycie.
13	Althoff 1926.	m.	33	siekiera nóż	potyliczna karkowa i szyja	Niedorozwój psychiczny	Utopił się w strumyku
14	Merrem 1909.	m.	mł.	bagnet	czołowa	Zaburzeń psychicznych nie stwierdz.	Utopił się w bajorku.
15	Marx 1923.	ż.	45	nóż	czołowo-ciemieniowa, kark	Nieznany	Zatrucie arsenem.
16	Kratter 1908.	m	—	topór nóż	czołowo-ciemieniowa	Zaburzenia psychiczne	Zmarł wskutek ran kłutyeh klatki piersiowej i brzucha.
17	Ipsen 1908	m.	—	topór	czołowa	Psychoza infekcyjna tyfus	Powieszenie
18	Strassman 1908	ż.	st.	topór	czołowo-ciemieniowa	Zaburzenia psychiczne	Zmarła wskutek zatrucia ługiem

Nr	AUTOR	Płeć	Wiek	Narzędzia	Okolica zranienia	Stan psychiczny	Zejście
19	Hofmann 1885	ż.	—	siekiera nóż	czołowo-ciemieniowa	Nieznany	Zmarł wskutek zakażenia w następstwie ran kłutych brzucha
20	Riembault 1866	m.	53	siekiera nóż	czołowo-ciemieniowa	Zaburzenia psychiczne	Powieszenie
21	Kupfer 1908	m.	—	—	rany rąbane głowy okolica ciemieniowa	Nieznany	Utopił się w rzece
22	Krûgelstein 1840	ż.	—	—	rany rąbane głowy	Nieznany	Powieszenie Rana kłuta serca
23	Haumeders 1882	m.	—	siekiera młotek	ciemieniowa	Psychoza infekcyjne tyfus	Powieszenie
24	Białoszabski 1930	ż.	60	siekiera nóż	ciemieniowa	Zaburzenia psychiczne	Zmarła wskutek rany kłutej serca
25	H. Littlejohn 1925	ż.	mł.	siekierka	czołowa	Nieznany	Zażyła trucizny i utopiła się w wannie.
26	Werkgartner 1935	ż.	44	nóż siekiera	czołowa skroniowa prawa	Zaburzenia psychiczne	Wyzdrowiała Powierzchowne rany cięte szyi i przegubów łokciowych
27	Manczarski 1928	ż.	36	siekiera tasak nóż	czołowo-ciemieniowa prawa	Zaburzenia psychiczne	Wyzdrowiała.
28	Čarsky 1932	m.	—	siekiera	czołowa skroniowa prawa	Zaburzeń psychicznych nie stwierdz.	Wyzdrowiał.
29	Langer 1873	m.	—	—	ciemieniowo potyliczna	Nieznany	Wyzdrowiał.
30	Fabrice 1909	m.	—	siekiera nóż	czołowa	Zaburzenia psychiczne	Wyzdrowiał. Wyciął jądro uszkodził krtań.
31	Laignel-Lavastine 1934	m.	45	siekiera	czołowo-ciemieniowa	Psychoza alkoholowa	Wyzdrowiał.
32	Bakke 1937	ż.	26	siekiera	czołowo-ciemieniowa	Zaburzenia psychiczne	Wyzdrowiała.

Na podstawie powyższej tablicy, obejmującej 32 przypadki samobójstw za pomocą ran rąbanych, można wyciągnąć następujące wnioski:

a. Na ogólną ilość 32 samobójców było 17 mężczyzn i 15 kobiet.

b. Co do wieku: w 11 przypadkach wieku nie dało się ustalić, w pozostałych przypadkach wiek wahał się pomiędzy 26 a 64 latami, przyczym w 12 przypadkach był wyższy niż 40 lat.

c. Narzędziem samobójstwa była przeważnie siekiera, siekierka lub topór, czasem łącznie z nożem, w jednym przypadku był bagnet, użyty do rąbania, a w jednym nóż.

d. Okolica zranienia była prawie zawsze najbardziej dostępna dla ręki zadającej ciosy, a więc czołowa i ciemieniowa, czasem skroniowa, tylko w dwuch przypadkach ciemieniowo-potyliczna, a w jednym przypadku kark, potylica i szyja.

e. Rany zwykle były bardzo liczne, liczba ich sięgała czasami do kilkuset, przeważnie było kilkanaście, jednak były one zwykle powierzchowne i tylko w dziesięciu przypadkach połączone z uszkodzeniem czaszki i mózgu; i w tych dziesięciu przypadkach uszkodzenia te spowodowały zejście śmiertelne.

f. W dalszych 15 przypadkach rany były powierzchowne i samobójca w inny sposób usiłował pozbawić się życia: w pięciu przypadkach za pomocą powieszenia, z tych w jednym po uprzednim zranieniu się w serce, w czterech przypadkach za pomocą utonięcia, w tym raz w dość głębokim korycie, raz w płytkim strumieniu, a raz w bajorze. Dwa razy miało miejsce zatrucie, trzy razy śmierć była następstwem ran kłutych — dwa razy serca, raz — brzucha. W jednym przypadku młoda dziewczyna zadała sobie szereg powierzchownych ran głowy, zażyła truciznę i utopiła się w wannie.

g. W siedmiu pozostałych przypadkach pomimo uszkodzeń głowy w postaci ran rąbanych, po dłuższej lub krótszej chorobie następowało wyzdrowienie. W tych przypadkach rany na głowie były albo zupełnie powierzchowne i obejmowały tylko skórę, albo były połączone z powierzchownym tylko uszkodzeniem kości czaszki.

W jednym z przypadków znaleziono poza tym szereg ran na szyi i w przegubach łokciowych, w innym nacięcia powierzchowne krtani i wycięcie jądra.

h. W 17 przypadkach samobójstw stwierdzono zmiany psychiczne, w postaci czy to psychozy maniakalno - depresyjnej, psychozy alkoholowej, otępienia starczego, stanów depresyjnych w związku z przekwitaniem u kobiet, niedorozwoju ogólnego, w dwuch przypadkach w postaci psychozy infekcyjnej na tle duru brzusznego, w niektórych przypadkach autorzy nie określili bliżej jednostki chorobowej.

W 11 przypadkach nie ma żadnej wzmianki o stanie psychicznym samobójcy. W 4 przypadkach było wyraźnie zaznaczone, że przy badaniu nie stwierdzono zmian psychicznych.

Można zatem z całą pewnością twierdzić, że przeważna część popełniających samobójstwa za pomocą ran rąbanych są to psychicznie chorzy lub psychopaci, jest możliwym, że chorzy ci mieli czucie bólu znacznie przytępione, co pozwalało im na zadanie tak licznych, a nieraz i tak głębokich ran, nawet niekiedy połączonych z uszkodzeniem czaszki i mózgu.

PIŚMIENNICTWO.

1. Althoff. Auszergewöhnliche Selbstverletzungen eines geistig beschränkten Selbstmörders. Deutsche Zeitschr. für die gesamte Gerichtl. Medizin Bd. 7. 1926. 2. Bakke. (Norwegia). Referat. Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 28.1937. 3. Białoszabski. Przypadek samobójstwa kombinowanego. Czasopismo Sądowo-lek. 1930. 4. Blumenstock. Przyczynek do kazuistyki samobójstw. Przegląd lekarski. 1889. 5. Burckel. Diagnostic entre le suicide et l'homicide. These. 1936. 6. Cársky Ref. Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 19.1932. 7. Füllkrug. Der Selbstmord. 1927. 8. Haumeder. Wien. med. Wochenschr. 1882. 9. Hofmann. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1885. 10. Hultkvist. (wedł. Harbitza). Ref. Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 22. 1933. 11. Kratter. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1921. 12. Laignel-Lavastine, L'Heucqueville et Gautier. Tentative du suicide par la hache d'un alcoolique au début d'une paralysie générale. Ann. méd. psychol. 29. 1934. 13. Littlejohn. Forensic Medicine. 1925. 14. Manczarski. Zamach samobójczy czy zbrodnia? Czasopismo Sądowo-Lek. 1928. 13. Maschka. Handbuch der gerichtlichen Medizin. 1882. 16. Marx. Die Bedeutung von Verletzungsbefunden für die Frage Selbstmord oder Mord. Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 2. 1923. 17. Merrem. Ein Fall von kombinierten Selbstmord durch Kopfhiebe, Stichverletzugen, Erwürgen und Ertränken. Vierteljahrschr. für ger. Med. Bd. 38.1909. 18. Munk. Ein Fall von Selbstmord durch Beilhiebe. Deutsche Zeitschr. für die ges. Gerichtl. Medizin. Bd. 27. 1937. 19. Pfeiffer. Ueber den Selbstmord. 1912. 20. Reuter. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1933. 21. Schauenstein. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1870. 22. Werkgartner. Selbstmord durch Beilhiebe. Archiv. für Kriminologie. Bd. 97. 1935.

Dr. H. WALĘCKA.

LES SUICIDES PAR LES INSTRUMENTS CONTONDANTS.

Résumé.

L'auteur rapporte un cas de suicide commis avec une hache.

Une femme, agée de 31 ans, s'était frappée à la tête avec une hache lourde. À l'autopsie on a trouvè à la région frontale neuf plaies parallèles et rapprochées, à l'os frontale il y avait une large fracture. La mort fut causée par une hémorrhagie méningéale abondante. La dite femme était sujette à des troubles mentaux.

L'auteur fait l'analyse de 32 pareils cas de suicidee pris de la littérature.

Parmis les 32 suicidés il y avait 15 femmes et 17 hommes, leur âge oscillait entre 26 et 64 ans. Dans 11 cas l'age n'était pas donneé.

Les instruments employés étaient: hache, hachette et couteau. Les plaies étaient situées à la région temporale et frontale, ce sont les endroits qu'on peut facilement atteindre par la main, en trois cas seulement, à la région occipitale et à la nuque. Les plaies étaient multiples, leur nombre dépassait quelquefois plusieurs centaines, parallèles et superficielles.

Dans dix cas on a trouvé les fractures du crâne, de la dure-mère et du cerveau. Ces lésions étaient mortelles.

Dans 15 cas les plaies de la tête étaient superficielles et n'ont pas conduit à la mort, à cause de cela les suicidés se sont donnés la mort d'une autre manière: comme la submersion, la pendaison, l'intoxication et les plaies piquantes.

Dans 7 cas il n'y avait qu'une tentative de suicide, les plaies de la tête étaient superficielles et les blessés, après une maladie, s'étaient rétablis.

Dans 17 cas on a trouvé des troubles mentaux. En 4 cas seulement on n'a pas constaté aucuns troubles. Dans 11 cas on n'avait pas de renseignement sur l'état mental des suicidés.

En conclusions il faut dire que la plupart des suicidés, qui se sont mutilés en se donnant des plaies sur la tête à l'aide de la hache etc. sont sujets à des troubles mentaux.

STRESZCZENIA.

PROF. PROF. M. CARRARA, R. ROMANESE, G. CANUTO, C. TOVO.

Manuale di Medicina Legale. Diretto dal prof. Mario Carrara.

Tom I. z trzema tablicami kolorowymi i 210 rysunkami częściowo kolorowymi Torino, 1937, str. 755.

Pierwszy tom podręcznika medycyny sądowej, opracowanego przez profesorów medycyny sądowej Italii zawiera poza wstępem, napisanym przez redaktora dzieła, prof. Carrara, następujące rozdziały: deontologia zawodowa, rozdział o przestępstwach na tle zaspokojenia popędu płciowego, nazwany w podręczniku „afrodisiologia“, położnictwo sądowe (zagadnienia ciąży i jej przerwania), rozdział o uszkodzeniach ciała i ostatni rozdział dotyczący otruć. Dzieło to wydane bardzo starannie, większość rysunków nie pozostawia nic do życzenia, po każdym rozdziale wyszczególniona jest bibliografia dotycząca danego zagadnienia. Tymczasem ograniczamy się tylko do tej krótkiej wzmianki o wydanym podręczniku, dokładniejszy rozbiór przeprowadzimy po ukazaniu się drugiego jego tomu.

W. Grzywo-Dąbrowski.

ŁUNIEWSKI.

SPOŁECZNO - PSYCHIATRYCZNE MOTYWY HAMOWANIA ROZRODU.

Rocznik Psychiatryczny. Z. 29/30.

Autor bardzo krytycznie odnosi się do przymusowej sterylizacji ze wskazań eugenicznych, natomiast uważa, że „z różnorodnych wskazań supraindywidualnych dla sterylizacji bezspornymi a tym samym mogącymi liczyć na powszechniejsze zrozumienie mogą być jedynie wskazania społeczne“.

Autor podnosi, że sterylizacja na podstawie wskazań społecznych powinna być przymusową.

W. D.

PIEŃKOWSKI.

POWSTAWANIE CHORÓB WYSTĘPUJĄCYCH W POKOLENIACH I MECHANIZMY ICH DZIEDZICZENIA.

Rocznik Psychiatryczny. Z. 29/30.

Wnioski autora są następujące: choroby dziedziczne mogą się ujawniać wskutek połączenia chorobowych genów lub w następstwie mutacji, geny chorobowe prawdopod. też wytworzyły się na skutek mutacji genów, stąd by wynikało, że najważniejszą przyczyną powstawania dziedzicznych chorób i cech zwyrodnienia są mutacje. Mutacje są zjawiskiem częstym, wobec tego autor zadaje sobie pytanie, czy właściwą jest drogą sterylizacja jako sposób zwalczania chorób dziedzicznych? Według autora drogą tą byłoby poznanie warunków powstawania mutacyj chorobowych i dążenie do ich zmniejszenia. Na zakończenie autor podkreśla, że celem koniecznym systematycznego i naukowego badania dziedziczności u człowieka jest zorganizowanie specjalnego instytutu badawczego.

W. D.

BOROWIECKI.

STAN I POTRZEBY NAUKI O DZIEDZICZNOŚCI W PSYCHIATRII POLSKIEJ
Rocznik Psychiatryczny. Z. 29/30.

Autor stwierdza, że badania w sprawie dziedziczności chorób psychicznych są u nas jak dotąd prowadzone dorywczo, bez określonego planu i za pomocą nieraz rozbieżnych metod, co nie pozwala ocenić otrzymanych wyników i wyciągnąć z nich odpowiednich wniosków. Nie posiadamy, mówi autor, żadnej statystyki, która by pozwoliła nam ocenić rolę dziedziczności w psychiatrii, autor uważa, że jest koniecznym powołanie do życia instytutu dla badań dziedziczności u człowieka.

W. D.

PONSOLD.

ZAGĘSZCZENIE I ROZRZEDZENIE KRWI PRZY ŚMIERCI WSKUTEK ZADUSZENIA.
D. Z. f. d. ges. ger. Medizin. Bd. 28. 1937.

W przypadkach śmierci wskutek zaduszenia może występować zarówno zagęszczenie jak i rozrzedzenie krwi, zagęszczenie występuje przede wszystkim przy powieszeniu, rozrzedzenie — przy otruciu tlenkiem węgla.

Zagęszczenie i rozrzedzenie krwi są odczynami przyżyciowymi, nie są to jednak cechy swoiste uduszenia, gdyż występują wskutek czynników towarzyszących temu rodzajowi zgonu, jak drgawkom przy duszeniu się i trującemu działaniu tlenku węgla.

W. D.

SCHRADER.

NOWE DROGI ROZPOZNANIA ŚMIERCI WSKUTEK ZADUSZENIA GWAŁTOWNEGO.

D. Zeit. ges. ger. Medizin. B. 28. 1937.

Po omówieniu znanych zmian na zwłokach, występujących przy gwałtownym zaduszeniu, autor zestawia niektóre nowsze spostrzeżenia, dotyczące rozpoznania śmierci z zaduszenia: we krwi pod działaniem adrenaliny obserwowano znaczne zwiększenie ilości białych i czerwonych ciałek i płytek krwi, w wątrobie występuje rozszerzenie naczyń sieci żylnej i liczne śródmiąższowe wynaczynienia, nigdy nie występujące tak wyraźnie w innych przypadkach asfiksji.. Przy zaduszeniu eksperymentalnym w płucach znajdowano przekrwienie naczyń w ściankach pęcherzyków oddechowych, ogniskowy obrzęk tkanki płuc, niedokrwienie okolic płuc, dotkniętych rozdęciem, tkanka w tych miejscach była wybitnie zbitą, mikroskopowo niełatwo można było rozpoznać jej budowę. W miejscach rozdęcia tkanki płucnej występowało wyraźne rozszerzenie szczelin tkaninowych i popękanie przegród międzypęcherzykowych (t. zw. nodule asphixique autorów francuskich).

W. D.

Z. STEFANOFF i K. POHLEN.

SAMOBÓJSTWA I ZAMACHY SAMOBÓJCZE W BUŁGARII.
Allg. Statistisches Archiv. 1937.

W latach 1900—1912 w Bułgarii było 1866 przyp. zamachów samobójczych mężczyzn i 570 kobiet, które w 9/10 przypadków (91%) skończyły się zejściem

śmiertelnym, od r. 1925 do 1934 ilość zamachów samobójczych się wzmogła, lecz śmierć po zamachach u mężczyzn występowała tylko w 84 do 74%, u kobiet zaś — w 71 do 56%; odsetek zejść śmiertelnych po zamachach samobójczych jest największy na wsi (pierwsza liczba dotyczy kobiet, druga — mężczyzn) — 76—85%, w miastach wynosił 32—73%, w Sofii — 18—39%. W latach 1932—1934 zamachy samobójcze najczęściej występowały pomiędzy 20 a 24 rokiem życia (bez względu na płeć), największy zaś odsetek śmiertelności przypadał w wieku starszym — po 50-ce i wynosił od 77% do 89%. Ze sposobów pozbawienia się życia w Bułgarii u mężczyzn na pierwszym miejscu widzimy powieszenie i postrzały (ok. 35%), na trzecim — otrucie, u kobiet — na pierwszym miejscu — otrucie (prawie 50%) na drugim powieszenie (ok. 25%). Przyczyny samobójstw w zstępującym szeregu przedstawiają się jak następuje: cierpienia wzgl. choroby fizyczne, choroby psychiczne nagła utrata podstaw do egzystencji, nędza, zawody miłosne i t. p.

Samobójstwa w Bułgarii najczęściej były popełniane w miesiącach lipcu i sierpniu, najrzadziej — w lutym i grudniu, co zaś do godzin — najczęściej miały miejsce od 18 do 24 godziny.

W. D

TAHAR BEN TRAD.

DU PROBLÈME DE LA VIRGINITÉ DANS LE MARIAGE MUSULMAN EN TUNISIE. THÈSE.

Paris, 1936.

Autor specjalnie podkreśla 3 zasadnicze właściwości małżeństwa u muzułmanów, a mianowicie:

1. Brak miłości jako podstawy małżeństwa.
2. Obowiązkowe wyposażenie żony przez przyszłego małżonka.
3. Rozwiązanie małżeństwa w razie, gdyby się okazało, że żona nie jest dziewicą.

Małżeństwo u muzułmanów jest nieomal zawsze małżeństwem z rozsądku, małżonkowie do chwili ślubu nie spotykają się wcale, jest to raczej prawo obyczajowe, niż religijne, gdyż to ostatnie poleca „przestawać" z sobą obu stronom celem uniknięcia nieprzyjemnych niespodzianek. Sposób, w jaki winno się odbywać spotkanie przyszłych małżonków nie jest sprecyzowany i komentatorzy ujmują go bardzo rozmaicie. Jedni uważają, że przyszły małżonek może raz jeden udać się do przyszłej żony, która może bez uchybienia obyczajom podnieść wtedy zasłonę. Inni twierdzą, że w żadnym razie nie jest to dopuszczalne, jedynie możliwym jest porozmawiać z nią trochę, lecz przez zasłonę. Trzeci pogląd wypowiadają ci sędziowie (fakihs), którzy uważają, że zarówno pierwsi, jak i drudzy uchybiają w ten sposób godności kobiecej. Ten pogląd przeważa.

Co się tyczy wyposażenia żony przez męża, jest ono obowiązkowe; minimum poniżej którego nie może spaść, wynosi 300 piastrów (koło 180 złotych fr.). Wysokość sumy jest wyznaczona w akcie ślubnym. Zazwyczaj jest ona wypłacana w postaci kosztowności i drogocennych przedmiotów, czasem w pieniądzach. Założeniem tego zwyczaju jest chęć, by kobieta nie przekroczyła progu męża bez przyzwoitej wyprawy. By biednym oszczędzić upokorzenia prawo to rozciąga się na wszystkie kobiety. W ten sposób okazuje się, że nie jest to kupnem kobiety, jak często uważają to ludzie z innych społeczeństw. W świadectwie ślubnym jest zaznaczone czy kobieta wstępuje po raz pierwszy w związki małżeńskie, czy też zawierała je

już poprzednio. O ile jest ona wdową, sprawa prosto się przedstawia. Inaczej jest jednak w przypadkach pierwszego małżeństwa kobiety: musi ona być dziewicą. Zazwyczaj jest to zaznaczone w dokumencie ślubnym na skutek zaświadczenia plenipotenta kobiety. Z rzadka tylko w pewnych środowiskach ekspertyza lekarska na żądanie przyszłego małżonka ma miejsce przed podpisaniem aktu ślubnego. Badanie to odbywa się zazwyczaj nie przez lekarzy, lecz przez doświadczone kobiety. Pomimo to jednak najwyższym sędzią jest mąż.

Chociaż małżeństwo jest już zawarte na piśmie, pewien czas upływa zanim staje się ono faktycznie dokonanym, niekiedy to trwa do dwuch, a nawet i trzech lat. (Przyczyną najczęstszą zwłoki jest umożliwienie kobiecie skompletowania sobie wyprawy). W końcu małżonkowie się spotykają; mąż pragnie mieć z żoną stosunek i jaknajprędzej ją deflorować. Za drzwiami w sąsiednim pokoju oczekuje rodzina z trwogą w sercu i na twarzy. Uczestniczą i zaproszeni goście, sąsiedzi, krewni wszyscy natężają uszu, by usłyszeć krzyk kobiety... W wypadkach szczęśliwych daje się on słyszeć, oczekiwano go godzinę, dwie... Wkrótce potym w drzwiach ukazuje się mąż i prezentuje poplamioną koszulę. Rodzina się cieszy, wieść radosna idzie do sąsiadów.

Gdy opór błony dziewiczej był słaby, gdy stosunek płciowy nie wywołał takiego bólu, by wydrzeć krzyk kobiecie, mąż dochodzi do wniosku, że nie była ona dziewicą. O ile nie chce okryć niesławą rodzinę, z której pochodzi dziewczyna, zawiadamia, że choć wszystko jest w porządku, on nie jest w stanie rozerwać błony dziewiczej, a następnie wolno mu bez tłomaczenia rozwieść się. W razie przeciwnym mężczyzna wychodzi ze złą wiadomością, która się szybko rozchodzi. Mąż czyni kroki rozwodowe, żona wraca natychmiast pod dach rodzicielski. Kobieta ponosi w tym wypadku zarówno krzywdę materialną, gdyż musi zwrócić nietylko wszystko to, co otrzymała w posagu od męża, lecz i zwrócić koszty i wydatki związane z wyprawieniem wesela. Mąż w każdym wypadku, bez przyczyny, w każdej chwili ma prawo wymagać rozwodu, lecz wtedy nie może on żądać zwrotu tego, co żona otrzymała od niego przed ślubem. W małżeństwie muzułmańskim rozwodu udziela mąż sam sobie, w rzadkich wypadkach tylko sędzia — na żądanie żony. Kobieta rozwiedziona ponosi także straszliwą krzywdę moralną. Pominąwszy to, że z wyjątkiem b. rzadkich wypadków, nie wychodzi już ponownie zamąż, okryta jest hańbą, która się rozszerza na całą jej rodzinę. Nikt już się nie zwróci do podobnej rodziny z propozycją małżeństwa z inną córką, wszystkie one skazane są na bezżeństwo, a stan taki trwa tak długo, póki ludzie nie zapomną, co w małych miasteczkach czy na wsi niełatwo następuje. Położenie zawsze okrutne staje się wprost dramatyczne w wypadkach, gdy mąż lub kobiety badające popełniły omyłkę, wypływającą ze specjalnej budowy błony dziewiczej.

Na zakończenie autor przytacza 35 wypadków, w których pomimo stosunków płciowych a nawet ciąży błona dziewicza nie była rozerwaną.

W. D.

W. G. BARNARD.

ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ.

(The medico-legal and criminological review Londyn. Nr. 1).

Tytuł artykułu może wprowadzić w błąd, każąc przypuszczać, że w grę wchodzi istniejący i będący w ruchu Zakład. W istocie jednak do obecnej chwili Londyn, jak zresztą Anglia wogóle, nie posiada tej instytucji, jako samoistnej jednostki.

Towarzystwo Medycyny Sądowej odczuwało oddawna już potrzebę tego rodzaju Zakładu, w 1925 roku powstał komitet budowy, sprawa jednak nie posuwała się przede wszystkim ze względu na trudności finansowe. Dopiero w początku 1936 r. Komisja przy instytucji sędziów śledczych (Departamental Commitee on Coroners) złożyła raport, w którym zaznacza, że uważa za możliwe założenie zakładu Medycyny Sądowej; jednym ze względów przy uchwalaniu tego projektu było to, że sędziowie śledczy (coroners) będą mogli żądać w normalnych warunkach anatomopatologów do dokonywania badań pośmiertnych. W parę miesięcy potym poparł ten projekt Komitet Doradczy przy Towarzystwie Naukowego Badania Przestępstwa (Scientific Investigation of Crime).

Sprawa orzeczeń lekarskich z dawien dawna była przez sądy traktowana inaczej, niż opinie, wydawane przez rzeczoznawców z innych dziedzin. Podczas gdy od chemika, np. wymagano znajomości toksykologii, o ile miał on zeznawać jako ekspert, lekarz, który może nigdy w swej praktyce nie spotykał się dotychczas z badaniem pośmiertnym, uważany był nie tylko za kompetentnego do wykonania sekcji, lecz i do wypowiedzenia swego zdania co do przyczyny śmierci. A przecież w czasie studiów uniwersyteckich, może on sam nigdy nie dokonać sekcji, a nawet z rzadka tylko być przy nich obecnym. W podobnych warunkach wykonywanie sekcji przez lekarza praktyka jest farsą, która stale się powtarza.

Ostatnio wielu sędziów stara się korzystać z pomocy lekarzy, mających pewne wykształcenie w zakresie anat. patol., jednak spotykają się przy tym z trudnościami, gdyż lekarz, któryby pragnął poświęcić się pracy lekarza sądowego, nie może otrzymywać stałej pensji, lecz jest wynagradzany za poszczególne badania każdorazowo, co czyni, że musi on się oglądać za zajęciem stałym, czynności zaś sądowo-lekarskie traktując jako poboczne.

Autor uważa, że jest koniecznym zorganizowanie instytutu sądowo-lekarskiego, który by z początku obsługiwał stosunkowo niewielki okrąg, lecz powoli zakres jego czynności uległ by rozszerzeniu.

Z chwilą gdy centralny instytut będzie sprawnie działał, należy zorganizować w rozmaitych częściach kraju w różnych miastach uniwersyteckich podobne zakłady niezależne czy też połączone z centralnym. W ten sposób praca sądowo-lekarska tak mało pomocna obecnie do rozwoju nauki, przyczyni się do zwiększenia zakresu wiedzy anatomii patologicznej a pośrednio medycyny ogólnej oraz zapobiegawczej.

Sprawa powyżej przedstawiona była referowana na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Sądowej; w dyskusji, która się wyłoniła przewodniczący zaznaczył, że zakład musi być „całkowicie Brytyjski", gdyż praktyka sądowo-lekarska za granicą różni się w b. silnym stopniu od angielskiej.

Obecni na zebraniu prawnicy wysunęli projekt, by zakład nie miał jako wyłączne oparcie Uniwersytetu, lecz żeby znajdował się w związku zarówno ze Stowarzyszeniem Prawników (Law Society), jak i z Radą Adwokacką (Bar Council).

M. Grzywo-Dąbrowska.

M. REICHARDT.

PÓŹNA OCENA ZDOLNOŚCI DO ZAROBKOWANIA PO DŁUŻEJ TRWAJĄCYM USZKODZENIU MÓZGU POCHODZENIA URAZOWEGO.

(Monatschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin nr. 4. 1937).

W artykule niniejszym autor zastanawia się nad wytycznymi przy ocenie zmniejszenia zdolności do pracy po dłużej trwających uszkodzeniach mózgu, zarów-

no po ustąpieniu objawów ostrych jako też po upływie 2—4 lat (wyjąwszy padaczkę po urazie).

Zwraca przede wszystkim uwagę na nieścisłość nomenklatury, używanej dla określenia tego rodzaju stanów. Zdaniem jego „uszkodzenie czaszki" lub „stan po urazie czaszki" względnie jej złamaniu jest pustym frazesem, który nic nie mówi o istocie zmian chorobowych. Wyjąwszy wgniecenia lub otwarte rany połączone z uszkodzeniem puszki kostnej mózgu, uszkodzenia zamknięte nie zawsze muszą być połączone z obrażeniem istoty mózgowej i dlatego samo pęknięcie czaszki nie dowodzi ciężkości wypadku.

Wstrząs mózgu może występować z objawami i bez nich. Dotąd uważano, że wstrząs mózgu i jego stłuczenie nie dają się łatwo od siebie odróżnić. Należy dążyć do tego, by za życia pacjenta można było tę rzecz ustalić. Najskuteczniejszym sposobem do osiągnięcia tego celu są systematyczne badania pośmiertne, wobec czego we wszystkich tego rodzaju przypadkach zwłoki powinny być poddawane sekcji.

Niepowikłane przypadki wstrząsu mózgu dają naogół dobre rokowanie, jeżeli natomiast przy należytym leczeniu pojawia się opóźnienie w znikaniu objawów chorobowych, należy wówczas myśleć o powikłaniach. Aparat naczyniowo-ruchowy wnętrza czaszki lub płyn mózgowo-rdzeniowy pod wpływem wstrząsu mózgu mogą być wytrącone z równowagi na długi przeciąg czasu. Ośrodek statyczny w uchu wewnętrznym może być wciągnięty w orbitę zaburzeń, a dotąd ukryte właściwości konstytucjonalne zostają przez wypadek wydobyty na jaw.

Do rozpoznania różniczkowego pomiędzy czystym wstrząsem mózgu a jego stłuczeniem autor posługuje się następującymi wytycznymi: dokładne obserwowanie objawów w okresie ostrym, lub też odnotowanie ich braku; zastosowanie nakłucia lędźwiowego lub cystern (jako przeciwwskazanie uznaje sztywność karku); dalsza obserwacja rodzaju i czasu trwania pierwszej rekonwalescencji; uwzględnienie rodzaju wypadku w formie możliwie szczegółowej.

Każdy nie typowy przebieg winien być najstaranniej odnotowany, wogóle historie choroby winny być bardziej dokładnie prowadzone niż to ma miejsce dotąd. Rozpoznanie — commotio cerebri - powinno być niemal zupełnie wykreślone a wynikać z objawów, zapisanych w historii choroby. Jeżeli to ze względów leczenia chirurgicznego jest możliwe (przy złamaniach zamkniętych i nie wymagających interwencji) poszkodowany powinien znaleźć się pod opieką neurologa, najlepiej na oddziale dla nerwowo chorych.

Każde nasilenie zamroczenia świadomości lub wzmożenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego (po pewnym czasie od wypadku) nie należą do zespołu zwykłego wstrząsu mózgowego i przemawiają za możliwością rozleglejszych zmian w obrębie mózgu. Szczególnie duże znaczenie w tym względzie posiada utrata późna przytomności. Za stłuczeniem mózgu, zdaniem autora, przemawiają: tygodniami trwające zaburzenia świadomości, silne podniecenie ruchowe w okresie ostrym przy zaburzeniu świadomości, napady padaczkowate w stadium początkowym, stany zamroczeniowe przy krótkotrwałej utracie przytomności, nie charakterystyczne wzmagające się ciśnienie wewnątrz-czaszkowe w okresie ostrym, okres wolny od objawów, dłużej trwające zaburzenia ogniskowe. Chodzi nietylko o to, by postawić rozpoznanie stłuczenia mózgu, lecz by móc je również wykluczyć.

Wszystkie przypadki uszkodzeń mózgu dzieli autor na pięć grup: 1. — z objawami ogniskowymi, 2. — zaburzeniami psychicznymi, 3. — z padaczką po urazie, 4. — z objawami subjektywnymi, 3. — bez objawów zarówno objektywnych jak i dolegliwości subjektywnych.

Dalej przestrzega autor przed zbyt pochopnym i pośpiesznym ocenianiem tych

przypadków w przedmiocie niezdolności wzgl. zmniejszonej zdolności do zarobkowania; podkreśla, że zadanie nie jest łatwe, że częste są pomyłki, lecz wielkie ułatwienie widzi w dobrze prowadzonych historiach choroby, z których daje się postawić rozpoznanie na podstawie objawów chorobowych. Zaburzenia sfery psychicznej autor dzieli na: stany euforyczne, apatyczne i drażliwe (reizbar). Powiązanie ich z przebytym urazem jest trudne, albowiem mogły one istnieć już przed wypadkiem. Braki w inteligencji zawsze budzą podejrzenie na chorobę organiczną. Same skargi poszkodowanego nie mogą być wystarczającą podstawą dla przyjęcia związku przyczynowego z wypadkiem. *Wł. Felc.*

O. SCHMIDT.

O TWORZENIU SIĘ SULFOHEMOGLOBINY WE ZWŁOKACH.

(D. Z. f. die ges. ger. Med. Bd. 27. 1936).

Praca doświadczalna, oparta na ilościowych pomiarach spektrograficznych. Autor przychodzi do wniosków następujących:

Sulfohemoglobina powstaje pod działaniem siarkowodoru lub rozpuszczalnych siarczków nieorganicznych na oksyhemoglobinę. Działanie tych ciał na hemoglobinę zredukowaną nie prowadzi do powstania sulfohemoglobiny.

Na zwłokach sulfohemoglobina może się tworzyć tylko tam, gdzie zawierające siarkowodór produkty gnicia działają na utleniony barwik krwi. Zatem ilość wytworzonej na zwłokach sulfohemoglobiny jest zależna od ilości tlenu, zawartego we krwi, w momencie działania siarkowodoru. Tem się też tłumaczy, że zielone zabarwienie powłok zewnętrznych jest najintensywniejsze w miejscach odsłoniętych i dostępnych działaniu powietrza (tlenu). Miejsca skóry chronione przed dostępem powietrza (np. powierzchnia ciała uciśnięta) pozostają, mimo intensywnego gnicia, jasnoróżowe.

Sulfohemoglobina może również powstać pod działaniem siarkowodoru na hemoglobinę tlenkowęglową. Przemiana ta odbywa się jednak wolniej aniżeli z oksyhemoglobiną. *L.*

ENCYKLOPEDIA WIEDZY SEKSUALNEJ.

opr. przez Dr. M. Marcusego przy współudziale wielu specjalistów T. I. A.-K. str. 509. T. II. L-P. str 478. Wyd. Eskulap, przekład z drugiego niemieckiego wydania pod redakcją i uzupełnieniami dr. S. Higiera. 1937 r.

Przekład polski będzie się składał z trzech tomów, dwa pierwsze ukazały się w wspaniałej wydawniczej szacie, papier i druk prezentują się znacznie lepiej, niż w oryginale niemieckim, niestety polskie wydanie nie zawiera wcale rysunków, które widzimy w oryginale.

Wydawnictwa tego rodzaju już dawno odczuwało się brak w piśmiennictwie polskim, dokładniej o „Encyklopedii“ pomówimy, gdy będzie wydany ostatni jej tom . *W. D.*

KRONIKA.

SPRAWOZDANIE Z POSIEDZENIA NAUKOWEGO POŚWIĘCONEGO KRYMINOLOGII I MEDYCYNIE SĄDOWEJ. Dnia 14 maja b. r. odbyło się w Zakładzie Medycyny Sądowej U. J. P. pierwsze z wspólnych, z udziałem prawników i lekarzy, zamierzonych posiedzeń, poświęcone zagadnieniom z zakresu kryminologii i medycyny sądowej. Obecnych 17 osób. Przewodniczył Sędzia Sądu Najwyższego p. Włodzimierz Sokalski. Doc. Dr. Leon Radzinowicz. Rola czynników endogennych i egzogennych w świetle zmienności stosunku płci w przestępczości. Autor miał na celu wykazanie w jakiej mierze zespół czynników pozapłciowych warunkuje udział płci w przestępczości. Za podstawę badań autor bierze polską statystykę kryminalną za lata 1924 — 1928. Wykorzystując zróżniczkowanie, wprowadzone przez polską statystykę kryminalną, autor wyodrębnia szereg grup, w których bada stosunek płci w przestępczości. Badania swe przeprowadza autor kolejno w grupach zróżniczkowanych według wieku, według stanu cywilnego, według terytorium, według grup miejscowości i według wyznania. W świetle tych badań, zamiast jednego ogólnego stosunku płci w przestępczości, otrzymuje się tyle poszczególnych stosunków płci w przestępczości, ile grup zostało uwzględnionych. Analiza owych poszczególnych stosunków płci w przestępczości z łatwością ujawnia działanie zespołu najrozmaitszych czynników, przede wszystkim środowiskowych, warunkujących czynnik płci sensu stricto. W ten sposób przeprowadzone badanie na stosunkowo wąskim odcinku, dotyczącym stosunku płci w przestępczości, naświetla szersze i bez wątpienia zasadnicze zagadnienie roli czynników endogennych i egzogennych w genezie przestępczości. Dr. Wacław Lewiński. W sprawie sądowo-lekarskiej kwalifikacji kiły. Art. 245 k. k. nie wyczerpuje odpowiedzialności jaka się łączy ze spowodowaniem zakażenia kiłowego. W przypadkach stwierdzonego zakażenia władze sądowe wzywają lekarzy do zakwalifikowania skutków zakażenia w ramach art. art. 235, 236 i 237 k. k. Z aktów spraw, przechodzących przez warszawski zakład medycyny sądowej wynika, że taka kwalifikacja budzi pewne wątpliwości. Kiłę, jako chorobę poważną, o ile nie ma jakichś poważnych trwałych skutków, należy kwalifikować z art. 236 k. k. Trudności, jak widać, sprawia uzasadnienie tej kwalifikacji w opinii sądowo-lekarskiej i wynikająca z brzmienia art. 236 kk, konieczność wyszczególnienia jakiegoś narządu, którego czynność została naruszona. Niejasność pod względem semantycznym nazw „narząd ciała" i „naruszenie czynności" jest, zdaniem prelegenta źródłem tych trudności. We wszystkich przypadkach, w których następstwem uszkodzenia ciała są dolegliwości natury ogólnej i gdy trudno jest wyszczególnić specjalnie jakiś określony narząd prelegent proponuje używać w opinii zwrotu „naruszenie czynności organizmu". Ponadto prelegent omawia, zachodzące w kile naruszenie zdolności płodzenia oraz zagadnienie uleczalności kiły z punktu widzenia kwalifikacji sądowo-lekarskiej. Dr. St. Manczarski. Samobójstwo czy zabójstwo? W pewnym przypadku śmierci z postrzału stwierdzono: ranę postrzałową na granicy wargi górnej i przegrody nosa, postrzał czaszki i mózgu w kierunku od przodu do tyłu z nieznacznym odchyleniem ku górze i ku stronie prawej, brak cech strzału zbliska, pocisk kal. 6,35 mm. w mózgu, złamanie 3 i 5-go żebra prawego w linii sutkowej oraz złamanie 7-go żebra prawego w linii łopatkowej, ranę tłuczoną czoła połączoną z pęknięciem kości czołowej po stronie prawej, powierzchowną ranę tłuczoną nad łukiem brwiowym, rozległy siniec nad prawą łopatką. Zwłoki były znalezione w pozycji leżącej na wznak w przejściu

pomiędzy pokojem a przedpokojem. Pistolet Walther kal. 6,35 mm. w odległości 1 m. od zwłok. W futrynie drzwi na wysokości 190 cm. ślad uderzenia pocisku. Na łóżku, w przeciwległym rogu pokoju, znaleziono w poszwie od kołdry wystrzeloną łuskę. Na łóżku tym miała znajdować się żona zmarłego w momencie postrzału, która początkowo przyznała się, że zastrzeliła męża, potym podała, że mąż popełnił samobójstwo. Opierając się na wyniku sekcji, a zwłaszcza na podstawie braku cech strzału zbliska, na podstawie umiejscowienia, kierunek oraz obecności innych uszkodzeń jak złamań żeber i pęknięcie kości czołowej w zestawieniu z danymi śledztwa autor wypowiedział się przeciw koncepcji samobójstwa. Sąd pierwszej i drugiej instancji uniewinnił oskarżoną przyjmując, wbrew opinii biegłego, że w danym przypadku miało miejsce samobójstwo. Sprawa ta na skutek apelacji oskarżyciela publicznego została skierowana do Sądu Najwyższego.

Po referatach wywiązała się ożywiona dyskusja.

XV ZJAZD LEKARZY I PRZYRODNIKÓW POLSKICH WE LWOWIE 4—7.VII.1937. Sekcja medycyny sądowej i kryminologii. Gospodarz: Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki. Zastępca gospodarza: Doc. Dr. Józef Dadlez. Sekretarz Sekcji: Dr. Adam Kozłowski. Miejsce obrad sekcji: Sala wykładowa Zakładu patologii ogólnej ul. Piekarska 52, gmach lewy, I piętro. Program: 5.VII. rano — od godz. 8: Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): „Organizacja orzecznictwa Sądowo-lekarskiego w Polsce" (temat programowy). Dr. B. Popielski (Lwów): „Uwagi na temat protokółu sekcji zwłok". Prof. Dr. S. Horoszkiewicz, Doc. Dr. Tucholski, Dr. S. Łaguna (Poznań): „Pokazy z zakresu badań kryminalistycznych". Dr. S. Manczarski (Warszawa): „Fotografia w kolorach naturalnych w medycynie sądowej". 5.VII. popołudniu, od godz. 16: Posiedzenie wspólne z sekcją psychiatryczną. — Sala wykładowa Szkoły położnych w szpitalu powszechnym. Dr. Z. Rosenblumówna, (Warszawa): „Oligofrenia jako czynnik kryminologiczny w przestępczości dzieci". Doc. Dr. W. Łuniewski, (Warszawa): „Hamowanie rozrodu oligofreników". Prof. Dr. W. Grzywo-Dąbrowski, (Warszawa): „Kobiety zabójczynie". Doc. prawa karnego Dr. Dworzak, (Lwów): „Domy pracy przymusowej i zakłady dla niepoprawnych". Dr. praw Mossing, (Lwów): „Zmniejszona odpowiedzialność w polskim kodeksie karnym". Dr. Lichtensztein, (Drohobycz): „Psychopatia a więzienne szpitale psychiatryczne". Prof. Dr. W. Sieradzki, (Lwów): „Niedorozwój umysłowy ze stanowiska sądowo-lekarskiego". 6.VII. rano — od godz. 8: Prof. Dr. S. S. Siengalewicz, (Wilno): „Badanie krwi na obecność alkoholu w medycynie sądowej" (temat programowy). Dr. S. Łaguna, (Poznań): „Wykazywanie alkoholu we krwi zwłok". Prof. Dr. S. Horoszkiewicz, (Poznań): „Badania doświadczalne nad śmiercią z powieszenia". Dr. S. Łaguna, (Poznań): „Rozpoznanie śmierci z utonięcia przy pomocy planktonu w płucach". Dr. S. Łaguna, (Poznań): „Zachowywanie się podbiegnięć krwawych przy gniciu zwłok". Dr. A. Kozłowski, (Lwów): „Wykazywanie śladów krwi przy pomocy luminolu". 6.VII. popołudniu, od godz. 16: Prof. Dr. Hirszfeld i Dr. Z. Kostuch, (Warszawa): „Zagadnienia dziedziczności w związku z indywidualizacją serologiczną krwi". Doc. Dr. Tucholski, (Poznań): „O znikaniu fenolu w moczu". Dr. St. Gnoiński, (Wilno): „Histochemiczne wykrywanie talu". Mgr. M. Bujko-Krzystofkowa, (Wilno): „Topograficzne rozmieszczenie talu w ustroju zatrutym tym pierwiastkiem". Dr. T. Kołaczyński, (Wilno): „Tal jako trucizna naczyń włosowatych". Doc. Dr. Tucholski, (Poznań): „Wykrywanie arsenu we włosach". Dr .S. Łaguna, (Poznań): „Tłumaczenie wyniku badania chemicznego w przypadkach zatrucia arsenem". Dr. B. Popielski, (Lwów): „O trwałości zanieczyszczonych surowic izoaglutynujących". Dr. A. Kozłowski, (Lwów): „Trwałość aglutynin przechowy-